

Empirische Untersuchung
zur Trennung von Diagnosen
und Überlegungen zur Klassifikation
in der Psychiatrie

Roland Wastl

*Duss
München
1905*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

Empirische Untersuchung zur Trennung von
Diagnosen und Überlegungen zur Klassifikation
in der Psychiatrie

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Roland Wastl

München

1984

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 27.6.1985

INHALTSVERZEICHNIS

=====

1. Kapitel

Einleitende Bemerkungen	1
-------------------------	---

2. Kapitel

Literaturübersicht zu den Begriffen Krankheit,
Diagnose und Krankheitseinheit

2.0.	Vorbemerkungen	5
2.1.	Der Begriff der Krankheit	5
2.2.	Der Begriff der Diagnose	8
2.3.	Der Begriff der Krankheitseinheit	10
2.4.	Zusammenfassung	12

3. Kapitel

Fragestellung und Methodik der Arbeit	14
---------------------------------------	----

4. Kapitel

Darstellung des Diagnosebegriffes bei Kendell und
kritische Würdigung seiner Thesen zur Klassifikation
in der Psychiatrie

4.0.	Vorbemerkungen	18
4.1.	Darstellung der Thesen Kendells zur Diagnostik in der Psychiatrie	19
4.1.1.	Kennzeichen und Eigenschaften des überlieferten nosologischen Systems in der Psychiatrie	19
4.1.1.1.	Die Notwendigkeit der Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen	19
4.1.1.2.	Der Begriff der Krankheitseinheit	21

4.1.1.3.	Der Begriff der Brauchbarkeit	23
4.1.1.4.	Zur Frage der Reliabilität und Validität psychiatrischer Diagnosen	25
4.1.1.5.	Zusammenfassung	26
4.1.2.	Kendells Forderung nach einer Operationalisierung psychiatrischer Diagnosen	27
4.1.2.1.	Die Motivation	27
4.1.2.2.	Der theoretische Hintergrund	28
4.1.2.3.	Kriterien für die operationale Definition von Diagnosen	29
4.1.2.4.	Zusammenfassung	31
4.1.3.	Die Diskriminanzanalyse als Methode zur Operationalisierung der psychiatrischen Diagnose	31
4.1.3.1.	Methode und Problematik	31
4.1.3.2.	Die Anwendungsmöglichkeiten der Diskriminanzanalyse in der Psychiatrie	33
4.1.3.2.1.	Widerlegung und Bestätigung diskreter Krankheitseinheiten	33
4.1.3.2.2.	Die Verwendung algorithmischer Verfahren für die psychiatrische Diagnostik	36
4.1.3.3.	Zusammenfassung	37
4.2.	Bemerkungen über Dispositionsbegriffe und theoretische Begriffe in der Psychologie und Psychopathologie	38
4.2.0.	Vorbemerkungen	38
4.2.1.	Zur Frage der Dispositionsbegriffe	39
4.2.2.	Zur Frage der theoretischen Begriffe	42
4.2.3.	Folgerungen	45
4.3.	Kritik an Kendells Thesen zur Diagnostik in der Psychiatrie	48
4.3.0.	Vorbemerkungen	48
4.3.1.	Methodische Probleme bei der Anwendung der Diskriminanzanalyse in der psychiatrischen Diagnostik	50

4.3.2.	Auseinandersetzung mit den begrifflichen Voraussetzungen im Buch "Die Diagnose in der Psychiatrie"	51
4.3.3.	Probleme bei der Rechtfertigung der Verwendung der Diskriminanzanalyse für diagnostische Untersuchungen in der Psychiatrie	52
4.3.4.	Konsequenzen für weitere Untersuchungen über die Frage der Trennbarkeit psychiatrischer Diagnosen	58
4.3.5.	Zusammenfassung	61

5. Kapitel

Empirische Untersuchung über den Zusammenhang zwischen psychopathologischer Symptomatik und psychiatrischer Diagnose

5.1.	Fragestellung der Untersuchung	64
5.2.	Methodik der Untersuchung	66
5.2.0.	Vorbemerkungen	66
5.2.1.	Das Patientengut	66
5.2.2.	Beschreibung der Datenerhebung	68
5.2.3.	Beschreibung der Datenauswertung	69
5.2.4.	Beschreibung der verwendeten statistischen Verfahren für die Bearbeitung der einzelnen Fragestellungen	73
5.2.4.1.	Zusammenhang zwischen Syndromen und Diagnosegruppen	73
5.2.4.1.1.	Mittelwertsprofile der Syndrome für verschiedene Diagnosegruppen	73
5.2.4.1.2.	Verteilung der Diagnosegruppen für verschiedene Syndrome	74
5.2.4.2.	Zusammenhang zwischen Symptomen und Diagnosegruppen	75
5.2.4.2.1.	Mittelwertsprofil der Symptome für verschiedene Diagnosegruppen	75
5.2.4.2.2.	Verteilung der Diagnosegruppen bei den Symptomen	75

5.3.	Darstellung der Ergebnisse der Untersuchung	77
5.3.0.	Vorbemerkungen	77
5.3.1.	Zusammenhang zwischen Syndromen und Diagnosegruppen	78
5.3.1.1.	Mittelwertsprofile der Syndrome für verschiedene Diagnosegruppen	78
5.3.1.1.0.	Vorbemerkungen	78
5.3.1.1.1.	Beschreibung der Ergebnisse	78
5.3.1.1.2.	Gegenüberstellung ausgewählter Syndromprofile	81
5.3.1.2.	Verteilung der Diagnosegruppen für verschiedene Syndrome	85
5.3.1.2.0.	Vorbemerkungen	85
5.3.1.2.1.	Beschreibung der Ergebnisse	86
5.3.1.2.2.	Vergleich der Verteilungsmuster der relativen Häufigkeiten verschiedener Diagnosegruppen	92
5.3.2.	Zusammenhang zwischen Symptomen und Diagnosegruppen	93
5.3.2.1.	Mittelwertsprofile der Symptome für verschiedene Diagnosegruppen	93
5.3.2.1.0.	Vorbemerkungen	93
5.3.2.1.1.	Beschreibung und Vergleich ausgewählter Mittelwertsprofile	94
5.3.2.2.	Verteilung der Diagnosegruppen bei den Symptomen	99
5.3.2.2.0.	Vorbemerkungen	99
5.3.2.2.1.	Beschreibung und Vergleich der Ergebnisse	99
5.4.	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der Einzeluntersuchungen	109
5.4.0.	Vorbemerkungen	109
5.4.1.	Zusammenhang zwischen Syndromen und Diagnosegruppen	110
5.4.1.1.	Die Mittelwertsprofile der Syndrome für verschiedene Diagnosegruppen	110

5.4.1.2.	Verteilung der Diagnosegruppen für verschiedene Syndrome	112
5.4.2.	Zusammenhang zwischen Symptomen und Diagnosegruppen	113
5.4.2.1.	Mittelwertsprofile der Symptome für verschiedene Diagnosegruppen	113
5.4.2.2.	Verteilung der Diagnosegruppen bei den Symptomen	116

6. Kapitel

Diskussion der Ergebnisse	120
---------------------------	-----

7. Kapitel

Zusammenfassung	142
-----------------	-----

8. Kapitel

Literaturverzeichnis	151
----------------------	-----

Erstes Kapitel

Einleitende Bemerkungen

Das Interesse an diagnostischen Fragestellungen in der Psychiatrie hat sich in den letzten Jahren wieder neu belebt. Besondere Aufmerksamkeit erregte die Einführung der 3. Fassung des "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (1), kurz DSM- III, als Klassifikationssystem psychiatrischer Erkrankungen in den USA. DSM- III war auch thematischer Gegenstand der Hauptvorträge auf dem Weltkongreß der Psychiatrie in Wien im Jahre 1980. Die Notwendigkeit, psychiatrische Störungen optimal therapieren und Voraussagen zu ihrer Prognose machen zu können, macht es erforderlich, die Kriterien für das Vorliegen einer Erkrankung möglichst genau und verbindlich anzugeben.

Vor Einführung des DSM- III sind bereits mehrere andere Klassifikationsmodelle vorgestellt worden, die sich das Ziel gesteckt haben, psychiatrische Diagnosen zu operationalisieren, die aber über ein enges Anwendungsgebiet in der psychiatrischen Forschung nicht hinausgekommen sind. Spitzer legte bereits 1968 das Klassifikationssystem Diagno vor, welches psychiatrische Diagnosen, unter Zugrundelegung des mit Hilfe des strukturierten Interviews Psychiatric Status Schedule (47) erhobenen psychopathologischen Befundes, anhand eines Entscheidungsbaumes zu erstellen versucht (46). In seinem Gefolge entwickelte Wing 1975 das Programmsystem Catego, welches nun seinerseits, auf dem strukturierten Interview Present State Examination (PSE) aufbauend, die psychiatrische Diagnose anhand eines komplexen Entscheidungsbaumes lie-

fert, jedoch nicht wie Diagnosen unzutreffende Diagnosen schrittweise in einer Entscheidungssequenz eliminiert (54).

Overall und Mitarbeiter verwendeten bei ihren Untersuchungen über die psychiatrische Pharmakotherapie ("Decisions about Drug Therapy") als Meßinstrument zur Erhebung des psychopathologischen Befundes das FCRS (Factor Construct Rating Scale) und werteten die mit seiner Hilfe bei den Patienten erhobenen Daten mittels einer multiplen Diskriminanzanalyse aus, wodurch sie Unterschiede in der Symptomatik zwischen den mit unterschiedlichen Medikamenten behandelten Patientengruppen in einem zweidimensionalen Raum darstellen konnten (37).

Kendell verwendet seit 1969 in den meisten seiner Untersuchungen zur Frage der Existenz diskreter Krankheitseinheiten in der Psychiatrie als Klassifikationsverfahren die Diskriminanzanalyse, welche es ermöglicht, in einem mathematisch-statistischen Verfahren unter Verwendung psychopathologischer Daten für jeden Patienten einen als Klassifikationsmerkmal anzusehenden Diskriminanzscore zu errechnen.

Das Ziel des DSM- III wird folgendermaßen definiert: "The purpose of DSM- III is to provide clear descriptions of diagnostic categories in order to enable clinicians and investigators to diagnose, communicate about, study, and treat various mental disorders... Since in DSM- I, DSM- II, and ICD - 9 explicit criteria are not provided, the clinician is largely on his or her own in defining the content and boundaries of the diagnostic categories. In contrast, DSM- III provides specific diagnostic criteria as guides for

making each diagnosis since such criteria enhance interjudge diagnostic reliability." (1) DSM- III ist ein multiaxiales Klassifikationssystem. Es stellt ein präzises Regelwerk für die Vergabe psychiatrischer Diagnosen dar (Axis I und II), liefert aber auch genaue Informationen über die mit psychischen Störungen verbundenen "Physical Disorders and Conditions" (Axis III), beurteilt die "Severity of Psychosocial Stressors" (Axis IV) und den "Highest Level of Adaptive Functioning Last Year" (Axis V). Die Regeln, die zum Auffinden der Diagnose angegeben werden, stützen sich - und das ist zu betonen - auf klinische Erfahrungen. Die Bedeutung der verwendeten psychopathologischen Symptome wird ausführlich beschrieben.

Die psychiatrischen Diagnosen werden im DSM- III streng hierarchisch gegliedert. Es gilt der Grundsatz, daß eine vergebene Diagnose die Anwesenheit von Symptomen einer in der Hierarchie höher gelegenen Erkrankung ausschließt, während sie Symptome der in der Hierarchie tiefer gelegenen Erkrankungen einschließt. An der Spitze der Hierarchie stehen die "Organic Mental Disorders", es folgen "Schizophrenic Disorders" und "Affective Disorders", um zu den vielfältigen neurotischen Störungen abzustiegen. Wo das ICD- 9 (56) nur Beschreibungen der mit einer Diagnose verbundenen psychopathologischen Symptomatik liefert, stellt DSM- III ganz genau umrissene Kriterien für die Vergabe einer bestimmten Diagnose auf. In der Einführung zu DSM- III wird betont, daß "... there is no assumption that each mental disorder is a discrete entity with sharp boundaries (discontinuity) between it and other mental disorders, as well as between it and No Mental Disorder." (1) Eine Festlegung bezüglich der Frage der Existenz psychiatrischer Krankheitseinheiten erfolgt also nicht.

Wir befassen uns in der vorliegenden Arbeit vor allem mit den zeitlich vor DSM- III angesiedelten Verfahren, die psychiatrische Diagnosen unter Verwendung mathematisch-statistischer Verfahren festlegen, insbesondere mit den Untersuchungen und theoretischen Ausführungen Kendells. Wir führen die Diskussion einerseits unter Zuhilfenahme wissenschaftstheoretischer Argumente, versuchen aber andererseits, die Ergebnisse der Analyse eigener Daten über die Zusammenhänge von psychopathologischer Symptomatik und Diagnose in unsere kritischen Ausführungen zu integrieren. Die ausführliche Darstellung des DSM- III in dieser Einleitung geschieht vor dem Hintergrund, seine Bewertung durch Kendell sachgerecht würdigen zu können. Schwachpunkte in der Schärfe unserer Daten, die auf die später dargelegten Umstände der Datenerhebung zurückzuführen sind, müssen wir akzeptieren, um unserer Absicht treu zu bleiben, eine Untersuchung durchzuführen, die ausschließlich auf den Ergebnissen der alltäglichen diagnostischen Arbeit von Ärzten einer psychiatrischen Klinik basiert. Zur Rechtfertigung und Interpretation der einzelnen Untersuchungsschritte greifen wir jedoch auf die auf klinischen Erfahrungen basierende psychiatrische Krankheitslehre zurück und benutzen sie als Leitfaden, die Umstände der klinischen Entscheidungen in die Beantwortung der interessierenden Fragen einzubeziehen. Die Auswertung der Daten bedient sich der Methoden der deskriptiven Statistik und verzichtet bewußt auf die Verwendung aufwendiger mathematisch-statistischer Untersuchungsverfahren.

Nachdem wir nun den historischen und inhaltlichen Kontext unserer Untersuchungen umrissen haben, wird das folgende Kapitel Literatur zu für diese Arbeit wesentlichen Begriffen darstellen.

Zweites Kapitel

Literaturübersicht zu den Begriffen Krankheit, Diagnose und Krankheitseinheit

2.0. Vorbemerkungen

Diese Arbeit befaßt sich in weiten Teilen mit der Frage, ob die gebräuchlichen diagnostischen Kategorien der Psychiatrie als Krankheitseinheiten anzusehen sind. Dieser Begriff spielt insbesondere in Kendells theoretischen Überlegungen und empirischen Untersuchungen zur psychiatrischen Diagnostik eine zentrale Rolle. Voraussetzung für die Definition des Begriffes ist allerdings die Klärung der Frage, welche Zustände im Bereich der Medizin und speziell im Bereich der Psychiatrie als Krankheit anzusprechen sind (Abschnitt 2.1.), und wie wiederum diese Zustände der Krankheit unter verschiedenen Diagnosen zusammengefaßt werden können (Abschnitt 2.2.).

Zu den genannten Begriffen existiert naturgemäß eine Reihe verschiedener Definitionsversuche und Beschreibungen. Sie werden in einer kurzen Literaturübersicht dargestellt.

2.1. Der Begriff der Krankheit

Gerade im Bereich der Psychiatrie war und ist es umstritten, wo die Grenze zwischen normalem geistig-psychischem Zustand und dem der Krankheit liegt, wo die Zustände psychosozialen Fehlverhaltens einzuordnen sind und letztlich, ob eine Grenze zwischen Normalzu-

stand und Krankheit überhaupt existiert. Sich über Bedeutung und Ausdehnung des Begriffes der Krankheit im klaren zu sein, ist die Voraussetzung dafür, das Feld der Krankheit in verschiedene Diagnosen unterteilen zu können. Wir orientieren uns im folgenden, ebenso wie in Abschnitt 2.3., an den Ausführungen Kendells und Kräupl-Taylors (24, 31, 33, 34).

Nachdem bis ins 19. Jahrhundert hinein die Vorstellung geherrscht hat, daß Krankheiten etwas mit unabhängiger und selbständiger materieller Existenz seien und wie der Mensch selbst von Gott geschaffen seien (34), vertritt der junge Virchow die Meinung, daß Krankheiten sich nicht durch unabhängige und selbständige Existenz auszeichneten, keine autonomen Organismen darstellten und keine Parasiten für den Körper seien; sie seien lediglich die Manifestationen des Lebensprozesses unter veränderten Bedingungen (51, 52). Später revidierte er seine Meinung unter dem Eindruck der Entdeckungen Kochs und Pasteurs dahingehend, daß Krankheiten Einheiten bildeten, die einen veränderten Teil des Körpers darstellten und ein parasitäres Dasein führten. Dennoch legt er Wert darauf, daß Krankheiten pathologische Veränderungen, nicht jedoch die Ätiologie oder die klinische Symptomatik widerspiegeln (53).

Scadding beschreibt eine Krankheit "als Summe der abnormen Phänomene, die sich bei einer Gruppe lebender Organismen in Verbindung mit einem spezifischen gemeinsamen Merkmal oder einem Merkmalssatz zeigen, wodurch diese Organismen von der Art ihrer Spezies so abweichen, daß sie biologisch benachteiligt sind". (45; deutsch aus 25). Wie Kräupl-Taylor anmerkt, ist diese Definition von Krankheit in der Praxis nicht sehr nützlich. "It's, however, too vague a concept of practical use-

fulness for that purpose." (33) Kendell kritisiert die fehlende Berücksichtigung von Gegebenheiten der äußeren Umgebung bei der Beantwortung der Frage, ob ein Phänomen ein biologischer Nachteil sei. Auch das Problem der Grenzziehung zwischen abnormen und normalen psychischen Phänomenen sei nicht leicht zu lösen. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang die Einordnung von Abweichungen im Bereich der sozialen und moralischen Normen problematisch (25).

Kräupl-Taylor schlägt seinerseits vor, den Begriff der "therapeutischen Zuwendung" einzuführen. "I therefore suggested that the intension in question consists of the second-order attribute of abnormality (a statistically significant deviation of an attribute from a norm) and of the attribute of therapeutic concern for a person felt by the person himself and/or his social environment." Kräupl-Taylor räumt selbst ein, daß seiner Definition von Krankheit das Kriterium der Objektivität abgehe, solange sie auf subjektiven Gefühlen und Einschätzungen beruhe. Er verteidigt seine Definition jedoch wegen ihrer Praxisnähe (34). Letztlich führt diese Definition jedoch, wie Kendell betont, dazu, daß alle irgendwie in ihrem Verhalten von der Norm abweichenden Menschen als krank bezeichnet werden können, wodurch ein Mißbrauch der Psychiatrie nicht auszuschließen sei (25). Außerdem ist nur der krank, der therapeutische Zuwendung erfährt, nicht jedoch jener, der noch keine Symptome aufweist, aufgrund derer er von sich aus oder von der Umwelt veranlaßt die therapeutische Zuwendung sucht. Jedem Menschen wird selbst anheimgestellt, ob er krank ist oder nicht. Die Problematik dieses Umstandes wird z.B. aus der Tatsache deutlich, daß Hirngeschädigte oft leugnen, krank zu sein (33), oder Patienten, die mit schlechter Prognose be-

haftete somatische Veränderungen aufweisen, davon zunächst nichts bemerken und deshalb keine medizinische Hilfe suchen.

Szasz hat die Vorstellung, daß Geisteskrankheiten auf gedanklich erzeugten Unterschieden zwischen im wesentlichen normalen, aber nicht angepaßten Individuen basieren, die von Psychiatern gemacht werden, die darauf bedacht sind, ihren Status und ihre Macht zu sichern. Psychiatrische Krankheiten gibt es nicht (50).

Ziel der Bemühungen, den Krankheitsbegriff zu definieren, ist es, möglichst genau festzulegen, wie sich eine umschriebene Population in Kranke und Nichtkranke aufteilt. Eine allen möglichen Einzelfällen gerecht werdende Lösung dieses Problems scheint durch die eben dargestellten Definitionsversuche jedoch nicht erreicht worden zu sein.

2.2. Der Begriff der Diagnose

In diesem Abschnitt wird versucht, den Begriff der Diagnose zu umreißen und auf die damit im Zusammenhang stehenden Probleme hinzuweisen. Unsere Ausführungen orientieren sich größtenteils an Zubin (57, 58). Es würde allerdings den Rahmen dieser Arbeit übersteigen, das große Spektrum verschiedener Diagnosevorstellungen und -techniken im historischen Abriß und in detaillierter Beschreibung darzustellen.

Der Begriff der Diagnose hat im wesentlichen zwei Bedeutungen. Kendell schreibt dazu: "Im medizinischen Zusammenhang... wird es sowohl verbal als substantivisch

gebraucht. Das Verb "diagnostizieren" beschreibt den Entscheidungsprozeß, mittels dessen einem Patienten eine ganz bestimmte Krankheit aus der Gesamtheit der möglicherweise für ihn in Frage kommenden Krankheiten zugeordnet wird." (25) Zur substantivischen Bedeutung erläutert Zubin: "By diagnoses are meant the subclasses into which a classification system distributes the members of a given population." (57)

Diagnosen können zu dem Zweck gestellt werden, Informationen über Ätiologie oder Prognose der Erkrankung oder über die Wahl der Therapie zu vermitteln, wobei letzteres für den Kliniker das unmittelbare, pragmatische Ziel ist. Wichtig ist, den Zweck der Klassifikation genau festzulegen, da ansonsten bei diagnostischen Fragestellungen Mißverständnisse unvermeidlich sind.

Die vom Arzt bei einem Kranken beobachteten Symptome sind oftmals nicht Ausdruck der Krankheit selbst, sondern sind bereits in der prämorbidem Persönlichkeit verankert. Die Psychopathologie kann als synonym mit der Persönlichkeit des Patienten, oder als in Wechselwirkung mit der Persönlichkeit des Patienten stehend, oder als unabhängig von der Persönlichkeit des Patienten gesehen werden. Auch diese verschiedenen Auffassungen sind oftmals die Ursache für bestehende Unklarheiten und Differenzen in der Diagnostik psychiatrischer Krankheiten.

Man kann psychiatrische Krankheiten entweder in diskrete Klassen unterteilen (typologischer Ansatz) oder ihnen eine Position innerhalb eines kontinuierlichen, dimensional Modells zuweisen (dimensionaler Ansatz). Eine Verbesserung der wissenschaftlichen Kenntnisse in einem gewissen Bereich kann es mit sich bringen, daß ein Modell zweckmäßigerweise durch das andere abgelöst wird. Das

gegenwärtig gebräuchliche nosologische System der Psychiatrie, das in der Tradition Kraepelins steht, ist als typologisch zu charakterisieren.

2.3. Der Begriff der Krankheitseinheit

Ein großer Teil dieser Arbeit, insbesondere jenes Kapitel, welches die Thesen Kendells zur psychiatrischen Diagnostik erläutert und diskutiert, beschäftigt sich mit der Frage, ob die überlieferten diagnostischen Klassen der Psychiatrie Krankheitseinheiten repräsentieren. Eine fruchtbare Auseinandersetzung mit diesen Thesen kann nur geführt werden, wenn Inhalt und Bedeutung des Begriffes der Krankheitseinheit gegenwärtig sind.

Virchows Krankheitsbegriff ist in Abschnitt 2.1. erläutert worden. Seiner Ansicht nach sind Krankheitseinheiten veränderte Teile des Körpers. Krankheiten seien lebende Einheiten, die sich durch ihr parasitäres Wesen auszeichneten (53). Für ihn sind Tuberkulose (definiert durch das Vorkommen von Tuberkeln) und Phtisis (definiert durch Kavernenbildung) zwei völlig verschiedene Krankheiten, obwohl sie letztlich durch den gleichen Erreger hervorgerufen werden (33). Entscheidend sind die pathologisch-anatomischen Veränderungen, nicht jedoch ätiologische Erwägungen.

Kraepelin fordert für den Bereich der Psychiatrie, daß die "vielfältigen und veränderlichen Formen der Geisteskrankheiten, oder zumindest die verschiedenen Spielarten des Irreseins... auf eine begrenzte Anzahl von Krankheitseinheiten zurückführbar sei, von denen jede ihre eigene bestimmte Ursache, ihre psychologische Grund-

form, ihren Verlauf und ihren Hirnbefund hat". (32)
Unter diesen sehr anspruchsvollen Kriterien sind, wie Jaspers feststellt, im Bereich der Psychiatrie niemals Einheiten gefunden worden (20).

Kräupl-Taylor stellt für eine Krankheitseinheit die folgenden Kriterien auf: "Ideally, a disease intension should list three kinds of pathological attributes: clinical symptoms, endopathological manifestations, and exopathological events." Weiter stellt er fest: "When a particular endopathological abnormality is by definition established as the specific cause of its clinical symptoms, then the intension in question corresponds to an aetiologically homogeneous disease entity." Als Beispiel für einen "elementary morbus", der eine Krankheitseinheit repräsentiert, wird die Phenylketonurie angeführt. Dem klinischen Symptom der Intelligenzminderung liegt die endopathologische Veränderung der Hyperphenylalaninämie, begründet in der genetisch bedingten Veränderung des strukturellen Aufbaus des Enzyms Phenylalanindehydrogenase zugrunde; die Manifestation der Krankheit erfordert als exogenen Faktor die nicht phenylalaninreduzierte Nahrung. Den Unterschied zu Virchows Begriff der Krankheitseinheit sieht Kräupl-Taylor so: "They differ from the Virchowian disease entities, which are pathological structures of an usually heterogeneous pathogenesis." (34)

Wir weisen darauf hin, daß verschiedene Denkansätze Kräupl-Taylors zum Begriff der Krankheitseinheit in Kendells Buch "The Role of Diagnosis in Psychiatry" wieder auftauchen (24). Wie Kräupl-Taylor betont Kendell den grundsätzlichen Unterschied zwischen logischen (idealen) und empirischen Klassen und ist

der Meinung, daß die gebräuchlichen Diagnosen der Psychiatrie als empirische Klassen zu charakterisieren sind. Wie Kräupl-Taylor betont er, daß empirische Klassen sowohl "polythetisch" als auch unexakt" seien (Abschnitt 4.1.1.2.). "The general domain of patients and its various subdivisions are empirical classes which are logically inexact... and are polythetically characterized." (33) Während jedoch Kräupl-Taylor besonderen Wert auf die verstärkte Erforschung exo- und endopathologischer Daten legt und mathematisch-statistischen Diagnoseverfahren in der Psychiatrie geringen Wert beimißt (34), versucht Kendell Krankheitseinheiten auf diskriminanzanalytischem Wege über "Diskontinuitäten" nachzuweisen. Die Argumentation Kendells ist ausführlich im 4. Kapitel der Arbeit dargestellt.

Es gibt daneben natürlich eine ganze Reihe von Autoren, die das Vorhandensein von Krankheitseinheiten in der Psychiatrie bestreiten. Sie tragen jedoch nichts zur **D e f i n i t i o n** des Begriffes der Krankheitseinheit bei und sollen deshalb in diesem Abschnitt nicht angeführt werden.

2.4. Zusammenfassung

Das 2. Kapitel stellt Definitionsversuche zu den Begriffen der Krankheit, der Diagnose und der Krankheitseinheit dar und versucht, auf wichtige, mit diesen Begriffen verbundene Aspekte einzugehen.

Da das Feld der Krankheit in verschiedene Diagnosen unterteilt wird, ist es wichtig, Bedeutung und Ausdehnung dieses Begriffes festzulegen. Besonders gilt das für den Bereich der Psychiatrie, wo die Grenze zwischen Normalem

und Krankhaftem äußerst umstritten ist.

Interessant erscheinen die großen Gemeinsamkeiten in den Überlegungen Kräupl-Taylors und Kendells zum Problem der psychiatrischen Krankheitseinheiten. Beide betrachten die gebräuchlichen diagnostischen Kategorien der Psychiatrie als empirische Klassen. Diese seien sowohl "polythetisch" als auch "unexakt" definiert. Die von Kendell aus diesem Sachverhalt abgeleiteten Folgerungen sind im 4. Kapitel der Arbeit dargestellt.

Drittes Kapitel

Fragestellung und Methodik der Arbeit

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit den Zusammenhängen zwischen psychopathologischer Symptomatik und psychiatrischer Diagnose. Schwerpunkte der Betrachtung bilden einerseits die Thesen, die der britische Psychiater Kendell zu Fragen der psychiatrischen Diagnostik entwickelt hat, andererseits eine eigene empirische Untersuchung, die den diagnostischen Entscheidungsprozeß von Ärzten einer großen psychiatrischen Klinik zu analysieren versucht. Die allgemein formulierte Themenstellung beinhaltet eine Reihe von Einzelfragen, auf die in dieser Arbeit eine Antwort gesucht werden soll.

Diese Fragen lassen sich wie folgt formulieren:

- 1) Wie gewinnt man psychiatrische Diagnosen unter Berücksichtigung des psychopathologischen Befundes?
- 2) Nach welchen Kriterien sind Verfahren zur gegenseitigen Abgrenzung psychiatrischer Diagnosen zu beurteilen?
- 3) Wie stellen sich die wissenschaftstheoretischen und klinischen Voraussetzungen der psychiatrischen Diagnostik dar?
- 4) Wie sind die Vorstellungen Kendells über die Theorie und Praxis der psychiatrischen Diagnostik im Lichte folgender Grundannahmen und Fakten zu bewerten:

- a. Annahmen über die Art und Weise, wie das überlieferte nosologische System in die Praxis der klinischen Diagnostik eingeht;
- b. Einsicht in den Ablauf des diagnostischen Entscheidungsprozesses auf den Stationen einer psychiatrischen Klinik - dem Ort, an dem die psychopathologischen Befunde, die in die Diagnostik und Therapie eingehen, erhoben werden;
- c. Einsicht in die Zusammenhänge zwischen psychopathologischer Symptomatik und Diagnose, wie sie durch die statistische Analyse unserer Daten gewonnen worden ist.

Die Beantwortung dieser Fragen ist Gegenstand des 6. Kapitels dieser Arbeit. Dort werden die wesentlichen Aussagen der vorangehenden Kapitel nochmals zusammengefaßt und in logisch sinnvoller Abfolge, unter gezielter Herausstellung von Berührungspunkten und Divergenzen zwischen theoretischen Überlegungen und praktischen Untersuchungsergebnissen, einer abschließenden Diskussion unterzogen.

Das neubelebte Interesse an diagnostischen Fragestellungen in der Psychiatrie unterstreicht die Aktualität des Themas dieser Arbeit (1. Kapitel).

In allen Disziplinen der Medizin hat sich die Diagnostik mit Begriffen wie Krankheit, Krankheitseinheit und Diagnose zu befassen und deren theoretische Grundlagen zu diskutieren. Diese Begriffe sind auch für unsere Arbeit von zentraler Bedeutung. Deshalb gibt das 2. Kapitel eine grobe Übersicht der wichtigsten Literatur zu den genannten Begriffen.

Das 4. Kapitel stellt zunächst die Thesen Kendells zu

den Problemen der Diagnostik in der Psychiatrie dar. Dies beinhaltet zunächst eine Zusammenfassung seiner Kritik am überlieferten nosologischen System der Psychiatrie und eine Erläuterung der sich für ihn ergebenden Konsequenzen im Hinblick auf eine Operationalisierung der Diagnose (Abschnitt 4.1.). Diesen Gedanken gegenübergestellt wird eine Zusammenfassung von Literatur zur Problematik der Dispositions- (Abschnitt 4.2.1.) und theoretischen Begriffe (Abschnitt 4.2.2.), die wesentlich zur Bestimmung unseres eigenen Standpunktes gegenüber diagnostischen Problemen beiträgt (Abschnitt 4.2.3.). Unsere Kritik an Kendells Thesen wird dann in Abschnitt 4.3. formuliert. Hierbei argumentieren wir zunächst allein auf der Basis wissenschaftstheoretischer Überlegungen.

Deren empirische Ergänzung soll dann die eigene Untersuchung zum Zusammenhang zwischen psychopathologischer Symptomatik und psychiatrischer Diagnose erbringen (5. Kapitel). Im Anschluß an eine Erläuterung der Fragestellung der Untersuchung (Abschnitt 5.1.) wird deren Methodik detailliert erklärt (Abschnitt 5.2.), es werden die Untersuchungsergebnisse beschrieben (Abschnitt 5.3.) und, nach Einzeluntersuchungen gegliedert, diskutiert (Abschnitt 5.4.). Zunächst wird mit zwei verschiedenen Untersuchungsansätzen der Syndrom-Diagnose-Zusammenhang, dann analog der Symptom-Diagnose-Zusammenhang behandelt. Zusätzlich werden ausgewählte Diagnosegruppen in gezielter Gegenüberstellung ihrer psychopathologischen Daten miteinander verglichen. Der Inhalt des 6. Kapitels mit der ausführlichen Diskussion sowohl der Untersuchungsergebnisse als auch der theoretischen Überlegungen ist bereits an vorangehender Stelle erläutert worden. Das 7. Kapitel faßt den Inhalt der Arbeit nochmals zusammen. Das 8. Kapitel beinhaltet das Literaturverzeichnis.

Es sei besonders darauf hingewiesen, daß methodische Details einzelner Abschnitte in der Regel in den jeweiligen Vorbemerkungen erläutert werden. Auf diese Weise ist ein unmittelbarer Zusammenhang zur Darstellung gewährleistet. Die Fragestellung unserer eigenen statistischen Untersuchung wird eingehend in Abschnitt 5.1. dargestellt.

Viertes Kapitel

Darstellung des Diagnosebegriffes bei Kendell und kritische Würdigung seiner Thesen zur Klassifikation in der Psychiatrie

4.0. Vorbemerkungen

Die zentrale Aufgabe dieser Arbeit besteht in der Auseinandersetzung mit Thesen und Vorstellungen, die Kendell zum Problem der Klassifikation psychiatrischer Krankheiten entwickelt hat. Diese Auseinandersetzung gliedert sich in zwei große Abschnitte; einerseits vollzieht sie sich auf gedanklich-theoretischer Ebene, die Inhalt des hier vorliegenden Kapitels der Arbeit ist, andererseits wird sie anhand einer eigenen Untersuchung geführt, die im 5. Kapitel dargestellt wird.

Wir werden demnach in Abschnitt 4.1. dieses Kapitels Kendells Einschätzung des überlieferten nosologischen Systems der Psychiatrie in zusammengefaßter Form darlegen und seine Forderung nach operationalen Diagnoseverfahren in der Psychiatrie erläutern. Es ist zunächst keinerlei Bewertung seiner Ausführungen beabsichtigt, dennoch wird bestimmten Aspekten in Kendells Argumentation, die für spätere Überlegungen von besonderer Relevanz sind, breiterer Raum in der Darstellung eingeräumt.

Der Abschnitt 4.2. faßt anschließend Literatur zusammen, die zu den Themenbereichen "Dispositionsbegriff"

und "Theoretischer Begriff" kompetente Aussagen liefert, und auf die sich dann in Abschnitt 4.3., der die Kritik an Kendells Thesen formuliert, unsere Argumentation wesentlich stützen wird. Speziell werden wir in Abschnitt 4.2.3. nochmals verdeutlichen, welche Folgerungen wir aus dieser Literatur für unseren eigenen Standpunkt bezüglich der Klassifikation psychiatrischer Krankheiten ziehen.

Es sei angemerkt, daß sich unsere Darstellung in der Hauptsache auf Kendells Buch "The Role of Diagnosis in Psychiatry" (24) bezieht. Nur bei den Zitaten, die der deutschen Übersetzung "Die Diagnose in der Psychiatrie" (25-28) entstammen, nicht jedoch bei sinngemäßen Zusammenfassungen, wird gesondert auf das Literaturverzeichnis verwiesen. Natürlich werden daneben, wenn der Argumentationszusammenhang dies gebietet, Gedanken und Zitate aus anderen Veröffentlichungen Kendells hinzugefügt.

4.1. Darstellung der Thesen Kendells zur Diagnostik in der Psychiatrie

4.1.1. Kennzeichen und Eigenschaften des überlieferten nosologischen Systems der Psychiatrie

4.1.1.1. Die Notwendigkeit der Klassifikation psychiatrischer Krankheiten

"Wir bejahen die Notwendigkeit, den gordischen Knoten zu durchhauen und diesen Zuständen psychischer Erkan-

kungen überhaupt keinen Namen mehr zu geben." (Menninger; 35; deutsche Übersetzung aus 25) Stattdessen, so Menninger, sollte eine ausführliche Beschreibung "der besonderen Situation eines jeden Patienten, eine Schilderung seiner Symptome und deren Entwicklung, der Stärken und Schwächen seines Charakters, der Beschaffenheit seiner Beziehungen zu anderen Menschen, der Belastungen, denen er ausgesetzt war, und der Art, wie diese sich auf seine Schwächen auswirkten und alte Wunden wieder aufreißen ließen ..." gegeben werden (25). Menninger nennt dieses Verfahren "Formulierung".

Unter der Vorgabe, daß man die Existenz psychiatrischer Erkrankungen grundsätzlich anerkennt, stellt diese Sichtweise eine Möglichkeit der Charakterisierung einer Krankheit dar. Eine andere besteht darin, eine Krankheit in ein Klassifikationssystem einzuordnen und ihr eine Bezeichnung zu geben.

Kendell spricht sich klar für die zweite Möglichkeit aus. Er hält eine Klassifikation für notwendig, um epidemiologische Untersuchungen durchführen zu können, um inter-soziale und interkulturelle Vergleichbarkeit bei Geisteskrankheiten zu ermöglichen und um eine rationelle Planung psychiatrischer Versorgung durchführen zu können. Außerdem könne eine Klassifikation, wenn auch nur in gewissem Umfang, Informationen über Behandlung und Prognose einer Krankheit liefern. "Ihr Vorteil <der Klassifikation> besteht einfach darin, daß wir uns mit ihrer Hilfe verständigen können... Von nun an wird es als erwiesen betrachtet, daß man Psychiatrie ohne Klassifikation ihres Gegenstandes überhaupt nicht wirkungsvoll betreiben kann. Andererseits wird es aber ebenso als erwiesen betrachtet, daß unsere jetzigen Klassifikationen unvollständig sind und auch mißbraucht werden können." (25)

"Formulierungen" könnten eine genauere Spezifizierung der Krankheit geben (wie z.B. der Persönlichkeit des Patienten, seiner Beziehung zu anderen Menschen, seiner Gründe, sich in Behandlung zu begeben, seiner sozialen Einbettung usw.) und deshalb als Ergänzung zur Klassifikation dienen, seien aber für sich allein "unbrauchbar für alle Situationen, in denen Populationen und Patientengruppen in Betracht gezogen werden müssen." (25)

Kendell stellt also eine Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen nicht in Frage. Auf welche Art und Weise diese Klassifikation nach seiner Ansicht aufgesucht werden soll, wird in Abschnitt 4.1.2. genauer beschrieben.

4.1.1.2. Der Begriff der Krankheitseinheit

Kendell stellt fest, daß die meisten psychiatrischen Störungen sowohl psychotischer als auch neurotischer Art zur Zeit nach ihren klinischen Symptomen beschrieben würden. Ihr "definierendes Merkmal" sei ihr Syndrom (26). Dieses Syndrommodell, von Sydenham im 17. Jahrhundert eingeführt, beinhalte Gruppierungen von Symptomen und Zeichen mit charakteristischem Verlauf.

Es interessiert Kendell nun in besonderer Weise, ob die in der heutigen Psychiatrie gebräuchlichen diagnostischen Begriffe sogenannte "Krankheitseinheiten" repräsentieren. "Der Autor nimmt an, daß der Ausdruck Krankheitseinheit nur dann irgendeine Bedeutung in der zeitgenössischen Psychiatrie oder in einem anderen Teilgebiet der Medizin haben kann, wenn er das Vorhandensein einer natürlichen Grenze oder einer Diskontinuität zwischen der bekannten Störung und benachbarten Zuständen

impliziert. Im Sinne des bekannten Aphorismus, daß Klassifikation die Kunst sei, die Natur an den Gelenken zu tranchieren, würde dies bedeuten, daß sich an dieser Stelle wirklich ein Gelenk befindet und daß man nicht durch einen Knochen sägt." (26) Wie die Diskontinuitäten nach Kendells Ansicht aufgesucht werden können, wird in Abschnitt 4.1.3.2.1. beschrieben.

Beim Begriff der Klasse legt Kendell Wert auf die Unterscheidung zwischen idealen und empirischen Klassen. Erstere zeichnen sich dadurch aus, daß sie sich gegenseitig ausschließen und gemeinsam erschöpfend sind. Kendell betont das Kriterium der "Exaktheit", d.h., die definierenden Attribute der Klasse sind entweder vorhanden oder nicht vorhanden, aber niemals nur teilweise vorhanden. Zum Begriff der empirischen Klassen finden sich bei Kendell keine expliziten Erläuterungen bezüglich der Kriterien "gegenseitig ausschließend" und "gemeinsam erschöpfend". Hingegen betont er, daß empirische Klassen "unexakt" sind, d.h., daß ihre definierenden Merkmale quantitativ variieren und nicht nur einfach vorhanden oder nicht vorhanden sind, und daß sie eher "polythetisch" als "monothetisch" sind, d.h., nicht durch ein einzelnes notwendiges Attribut definiert werden, sondern durch das Vorhandensein einiger oder der meisten einer Menge von Attributen, von denen kein einziges für die Klassenzugehörigkeit unabdingbar ist.

Kendell stellt nun fest, daß diese beiden Eigenschaften empirischer Klassen im allgemeinen auch auf Krankheiten zutreffen, insbesondere aber auf psychiatrische Krankheiten, weil diese sich durch die Definition über Symptome und die weitgehende Abwesenheit pathognomischer Symptome auszeichneten. "Rein technisch ausgedrückt,

sind die definierenden Merkmale psychiatrischer Erkrankungen im allgemeinen sowohl polythetisch als auch unexakt." (25)

Es sei darauf verwiesen, daß ähnliche Überlegungen auch bei Kräupl-Taylor anzutreffen sind. Dieser zieht jedoch bezüglich des Problems der Krankheitseinheiten andere Folgerungen, als Kendell dies tut (vgl. Abschnitt 3.3.).

4.1.1.3. Der Begriff der Brauchbarkeit

Der Annahme der Existenz von Krankheitseinheiten im Bereich der Psychiatrie steht Kendell äußerst skeptisch gegenüber. "Trotz der zahlreichen gegenteiligen Behauptungen konnte in unserem Fachgebiet die Existenz irgendwelcher Krankheitseinheiten noch nicht bewiesen werden." (26) Sogenannte "Beweise", daß sich Syndrom A und Syndrom B in signifikanter Weise in Variablen wie Prognose, therapeutische Reaktivität, Alter, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit unterscheiden, reichen nach Ansicht Kendells zur Bestätigung einer Einheit im Sinne Kraepelins nicht aus. "Man muß vermuten, daß in all diesen Fällen der Ausdruck 'brauchbarer Begriff' passender und sicher weniger verwirrend wäre als geheimnisvolle Hinweise auf undefinierte Einheiten." (26) Welche Möglichkeiten Kendell sieht und welche Verfahren er anerkennt, psychiatrische Störungen als Einheiten zu identifizieren, wollen wir in Abschnitt 4.1.3.2.1. näher untersuchen.

An dieser Stelle sei der Ausdruck "brauchbarer Begriff" etwas genauer umrissen. Für Kendell scheint es gesichert, daß Krankheiten, und zwar aus allen medizinischen Diszi-

plinen, keineswegs etwas mit selbständiger materieller Existenz sind, sondern "nur vom Menschen erdachte Abstraktionen sind, Erfindungen, die lediglich durch ihre Brauchbarkeit gerechtfertigt sind und die jederzeit abgeändert oder ganz aufgehoben werden können." (25)

An anderer Stelle findet sich, bezogen auf den Schizophreniebegriff, folgende Aussage: "Und es ist ebenso sinnlos, wenn man über eine Abstraktion oder einen Begriff die Behauptung aufstellt, er existiere oder er existiere nicht. Die einzige zur Debatte stehende Frage ist, ob es ein brauchbarer Begriff ist, und selbst diese Frage kann nur innerhalb eines festzulegenden Zusammenhanges gestellt werden." (25)

Für Kendell scheint die Brauchbarkeit des Schizophreniebegriffes augenblicklich gesichert, weil die Verhaltens- und Erlebnisanomalie, die dieser Ausdruck umschreibt, universell auftritt, eine biologische Benachteiligung darstelle, teilweise genetisch bedingt und durch bestimmte Medikamente beeinflussbar sei. Aber dennoch sei denkbar, daß der Begriff "Schizophrenie" in der Zukunft durch etwas Brauchbareres ersetzt werde. Wichtig erscheint demnach, daß sich mit einer Diagnose effektiv arbeiten läßt, unwichtig jedoch, die Frage nach dem zugrundeliegenden anatomischen oder biochemischen Substrat in den Vordergrund zu stellen. Ein Diagnosebegriff stellt eine nützliche Konvention dar. "Unsere gegenwärtige Anschauungsweise ist so von Grunde auf empirisch, daß wir es schwierig finden zu verstehen, wie eine frühere Generation davon sprechen konnte, daß Krankheiten "entdeckt" wurden wie unbekannte Länder, oder wie man sich vorstellen konnte, daß es eine bestimmte Anzahl weiterer Krankheiten gibt, die nur darauf warten, identifiziert zu werden." (25)

4.1.1.4. Zur Frage von Reliabilität und Validität psychiatrischer Diagnosen

Von besonderer Bedeutung für den Wert eines Klassifikationssystems scheint für Kendell die Beziehung zwischen ihrer Reliabilität und Validität zu sein: "Die Genauigkeit der prognostischen und therapeutischen Folgerungen, die sich aus einer Diagnose ergeben, kann niemals höher sein als die Genauigkeit, mit der in einer beliebigen Situation diese Diagnose selbst gestellt werden kann; die Validität (Gültigkeit) kann niemals höher sein als die Reliabilität (Zuverlässigkeit)..." (26) Reliabilität sei somit eher ein Mittel zu dem Zweck, hohe Validität zu erreichen, als daß sie der Zweck selbst sei. Dennoch könne die Validität natürlich auch bedeutungslos sein, selbst wenn die Reliabilität hoch sei.

Die Untersuchungen zur Reliabilität psychiatrischer Diagnosen erbrachten nach Kendells Einschätzung zusammengefaßt folgendes Ergebnis: Die Reliabilität habe sich oft als sehr niedrig erwiesen, aber keine der im Zeitraum von 1950 bis 1975 durchgeführten 30 bis 40 Untersuchungen bringe viel an verwertbaren Informationen. Es habe sich herausgestellt, daß die Reliabilität bei Neurosen und Psychopathien niedriger sei als bei Psychosen und organischen Zuständen.

Die Vermutung liegt nahe, daß diese nicht sehr befriedigenden Ergebnisse den zentralen Ausgangspunkt der weiteren Überlegungen Kendells bilden. Eine Verbesserung der psychiatrischen Klassifikation ist für ihn vor allem anderen eine Frage gesteigerter Reliabilität.

Die Validität psychiatrischer Diagnosen sieht Kendell vor allem unter dem Aspekt der "Brauchbarkeit"; ihr

bedeutendstes Kriterium ist demzufolge, ob verschiedene Diagnosen verschiedene Prognosen mit sich bringen und unterschiedlich auf die einzelnen therapeutischen Maßnahmen ansprechen. Zwar erkennt er an, daß cluster-analytische Untersuchungen (Everitt, Gourlay und Kendell 1971; Overall 1971) Untersuchungen über therapeutische Reaktivität (Hobson 1953; Roberts 1959; Nyström 1965) und Untersuchungen über die Wahl der Therapie bei verschiedenen Diagnosen (Bannister, Salmon und Leiberman 1964) doch gewisse Hinweise für die Validität der klassischen diagnostischen Kategorien geliefert haben, doch dies nicht unbedingt bedeute, daß sie auch im eben dargelegten Sinne genügend "brauchbar" seien (12, 38, 19, 43, 36, 3).

Insgesamt bleibt für Kendell die Validität der gebräuchlichen psychiatrischen Diagnosen fragwürdig. Er umreißt die gegenwärtige Situation folgendermaßen: "Insgesamt ist das Beweismaterial etwas mager, aber man kann im Hinblick auf die endogenen Psychosen keineswegs sagen, es sei gar keines vorhanden." (26)

4.1.1.5. Zusammenfassung

Kendell hält eine Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten für notwendig. Den gegenwärtig gebräuchlichen diagnostischen Kategorien billigt er zu, zur Zeit "brauchbare Begriffe" darzustellen, er betrachtet es jedoch nicht als erwiesen und wahrscheinlich nicht nachweisbar, daß sie Krankheitseinheiten repräsentieren.

Als brauchbar ist ein Begriff der psychiatrischen Dia-

agnostik dann zu bezeichnen, wenn mit ihm spezifische therapeutische Reaktivität und prognostische Aussagekraft verbunden sind, oder wenn, auf statistisch-theoretischer Ebene formuliert, hohe Validität aus einer Optimierung der Reliabilität resultiert.

Krankheitseinheiten sind über ein spezielles Diskontinuitätskriterium in ihrer Existenz zu bestätigen oder zu widerlegen.

Die gebräuchlichen Diagnosen der Psychiatrie haben sich nach Kendells Meinung in den vorliegenden Untersuchungen weder als Krankheitseinheiten bestätigt noch durch überzeugende Validität ausgewiesen.

4.1.2. Kendells Forderung nach einer Operationalisierung psychiatrischer Diagnosen

4.1.2.1. Die Motivation

Die in Abschnitt 4.1.1. beschriebenen Unzulänglichkeiten des überlieferten nosologischen Systems der Psychiatrie, insbesondere die Reliabilität und Validität der Diagnosen, veranlassen Kendell, gestützt auf Hempel, eine "operationale Definition" der Diagnose vorzuschlagen (17). Wie dieser richtet er dabei sein besonderes Augenmerk auf das Ziel, ein Klassifikationsverfahren einzuführen, das sich durch höchstmögliche Reliabilität auszeichnet, worin er, wie schon beschrieben (Abschnitt 4.1.1.4.), die Voraussetzung hoher Validität sieht.

4.1.2.2. Der theoretische Hintergrund

Wie von Kendell selbst angemerkt, geht der Ausdruck "operationale Definition" auf den amerikanischen Physiker Bridgman zurück, der ihn folgendermaßen umschrieben hat:

"Die operationale Definition eines wissenschaftlichen Begriffes ist eine Übereinkunft des Inhalts, daß S auf alle die Fälle - und nur auf die Fälle - anzuwenden ist, bei denen die Durchführung der Testoperation T das spezielle Resultat O ergibt." (6)

Zur Verdeutlichung dieses theoretischen Leitsatzes und zur genaueren Beschreibung des Charakters einer operationalen Definition seien weitere Aussagen Bridgmans angefügt:

"... -die eigentliche Definition eines Begriffes soll nicht durch Angabe seiner Eigenschaften, sondern durch Angabe der tatsächlichen Operationen geschehen.-"

"Wenn eine bestimmte Frage einen Sinn hat, muß es möglich sein, Operationen zu finden, durch die eine Antwort auf sie gegeben werden kann." (6)

Pongratz stellt dazu erläuternd fest: "Zum Beispiel ist nach operationalistischer Definition Intelligenz nicht die Fähigkeit, sich neuen Situationen anzupassen (Stern, Piaget), sondern Intelligenz ist, was der Intelligenztest mißt (Wechsler)." (39)

Die zweite theoretische Säule des Operationalismus ist in der Philosophie des sogenannten "Wiener Kreises" (Ayer, Wittgenstein, Carnap, Feigl, Reichenbach) zu sehen. Ihre Intentionen faßt Pongratz folgendermaßen zusammen: "Was der Wiener Kreis erstrebte, war eine Einheitswissenschaft nach dem Modell der Physik. Die

Metaphysik wurde abgelehnt, ihre Probleme als Scheinprobleme deklariert. Im ganzen sahen diese Denker das Kernstück der Philosophie in der Logik. Die Logik aber wurde auf eine positivistische, die positivistische auf eine operationale, die operationale auf eine linguistische, die linguistische auf eine semantische reduziert. Am Ende dieser Reihe von Beschneidungen stand dann Schlicks These: "Der Sinn jedes Satzes wird in erster Linie ganz allein durch Gegebenes bestimmt und schlechterdings durch nichts anderes." "Gegeben" aber heißt so viel wie "verifizierbar, prüfbar" (Verifikationsprinzip). Nur verifizierbare Sätze sind sinnvoll (beweisbar). Verifizierbar aber sind nur Sätze, die sich auf das sinnlich (physikalisch) Gegebene beziehen." (39)

Besonders bemerkenswert erscheint das enge Verhältnis zwischen "sinnlich physikalisch" und "sinnvoll", zwischen "operational" und "semantisch"; diese Zusammenhänge werden uns in Abschnitt 4.3.3. noch intensiver beschäftigen.

4.1.2.3. Kriterien für die operationale Definition von Diagnosen

Was eine operationale Definition für die psychiatrische Diagnose impliziert, wird in "Die Diagnose in der Psychiatrie" (25, 28) auf den Seiten 28, 151 und 152 dargestellt.

Die wesentlichen Grundsätze seien hier angeführt:

- a) Das Merkmal O (siehe Bridgmans Definition), dessen Vorhandensein die Diagnose S ermöglicht, muß "objektiv" und "intersubjektiv verifizierbar" sein; es sollte

nicht nur intuitiv vom Untersucher erfaßt werden.

- b) Im Rahmen der Psychiatrie darf "operational" nicht nur "durch Test erhalten" bedeuten, sondern auch "durch bloße Beobachtung erschließbar".
- c) Definitionen, die sich direkt auf beobachtbare Kriterien stützen, sind wegen größerer Reliabilität Definitionen, die auf Schlußfolgerungen beruhen, vorzuziehen; "semantische" Definitionen sind günstiger als "syntaktische" Definitionen.
- d) Wo sich präzise Anwendungsregeln für eine Symptomaussage im Sinne einer "semantischen" Definition nicht finden lassen, sollte dieses Symptom nicht berücksichtigt werden.
- e) Die Symptome X, welche verschiedene Ausprägungsgrade haben können, müssen in dichotome Variable verwandelt werden, gemäß der Frage: "Weist er soviel X auf?"; es wird also ein diskreter Trennungspunkt zwischen An- und Abwesenheit eines bestimmten Symptoms postuliert.
- f) Die verschiedenen Symptome A, B, C, D, E etc. müssen algebraisch zu einem monothetischen Kriterium O verwandelt werden, um über die Diagnose S entscheiden zu können.
- g) Zur Eruierung der Einzelsymptome werden Selbstbefragungsbögen, Beurteilungsskalen und (semi-)strukturierte Interviews empfohlen; das klassische unstrukturierte Interview wird wegen mangelnder Reliabilität abgelehnt.
- h) Physiologische und psychologische Tests sollten nach kritischer Beurteilung ihrer Reliabilität zur Symptomaufdeckung genutzt werden.

4.1.2.4. Zusammenfassung

Kendells Forderung nach einer Operationalisierung der psychiatrischen Diagnostik entspringt der Unzufriedenheit mit dem überlieferten nosologischen System der Psychiatrie, das sich nach seiner Ansicht durch geringe Reliabilität und fragwürdige Validität auszeichnet.

Der theoretische Hintergrund des Operationalismus ist in den Arbeiten des Physikers Bridgman und in der Philosophie des "Wiener Kreises" zu sehen.

Kendell formuliert Kriterien, an denen sich die Durchführung eines operationalen Verfahrens in der psychiatrischen Diagnostik zu orientieren hat.

Es scheint, daß Kendell die Diskriminanzanalyse als adäquates Verfahren betrachtet, die Diagnosen der Psychiatrie zu operationalisieren. Der nachfolgende Abschnitt wird sich deshalb unter verschiedenen Aspekten genauer mit der Diskriminanzanalyse befassen.

4.1.3. Die Diskriminanzanalyse als Methode zur Operationalisierung der psychiatrischen Diagnose

4.1.3.1. Methode und Problematik

Diskriminanzfunktionen gehen zurück auf die Arbeiten von Fisher (1936) und Rao (1948), der sie erstmals auf psychologische Sachverhalte angewandt hat (15, 42). Sie haben das Ziel, zwei oder mehrere vorher identifizier- te Gruppen auf mathematischem Wege optimal zu trennen.

Die Gedankenführung in Kendells Buch "Die Diagnose in der Psychiatrie" (25-28) rechtfertigt die Annahme, daß er sie als adäquates Verfahren betrachtet, ein diagnostisches System in der Psychiatrie auf seine Gültigkeit zu überprüfen. Sie stellt nach Bridgmans Definition die Testoperation T dar, mit deren Hilfe die Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen erfolgen soll.

Eine genauere methodische Beschreibung der Diskriminanzanalyse soll an dieser Stelle nicht erfolgen; sie wird bei Kendell auf Seite 116 gegeben (27).

Wir wollen jedoch zwei Aspekte zum besseren Verständnis der nachfolgenden Überlegungen besonders herausstellen. Erstens sollte beachtet werden, daß die Gewichtung der verschiedenen Items (Symptome) erst dann möglich ist, wenn Eichstichproben von Patienten aus den verschiedenen diagnostischen Klassen, in der Regel den Überlieferten der Psychiatrie, zur Verfügung stehen. Dieser Rückgriff auf das nosologische System der Psychiatrie ist bemerkenswert. Zum einen gehen dadurch die Schwächen der klinischen Beurteilungen und Diagnosen in das diskriminanzanalytische Verfahren ein, wie Kendell selbst einräumt. Zum anderen stellt sich, wie wir an späterer Stelle erläutern werden, die Frage, inwieweit durch diesen Rückgriff die Berechtigung der Kritik Kendells an den überlieferten psychiatrischen Diagnosen erschüttert wird (vgl. Abschnitt 4.3.4.)

Zweitens sollen hier einige methodische Schwächen der Diskriminanzanalyse angeführt werden, auf die Kendell selbst aufmerksam macht. Ein Problem stellt die Frage dar, wie viele Items nötig sind, um eine optimale Diskrimination zwischen zwei Gruppen zu erhalten, oder, mit anderen Worten, erhöht oder vermindert ein Item

mehr die Diskriminationspotenz. Eine befriedigende Lösung dieses Problems scheint noch nicht gefunden zu sein. Weiterhin muß in Kauf genommen werden, daß "die Ladungen stark beeinflußt werden durch die komplexen Korrelationen zwischen allen Items in der Analyse..." (28). Das Hinzufügen oder Wegnehmen einzelner Items verändere deren Größe und Rangordnung oft beträchtlich, und das in nicht voraussehbarer Weise.

Schließlich sei schon jetzt im Hinblick auf die Untersuchungen über psychiatrische Krankheitseinheiten angemerkt, daß eine erhaltene bimodale Verteilung eine unimodale vorspiegeln kann und umgekehrt (Everitt 1981). Eine endgültige Entscheidung bezüglich Uni-, Bi- oder Multimodalität ist nicht zu erzielen (13).

Wir werden auf diese Gesichtspunkte in Abschnitt 4.3.1. zurückkommen.

4.1.3.2. Die Anwendungsmöglichkeiten der Diskriminanzanalyse in der Psychiatrie

4.1.3.2.1. Widerlegung und Bestätigung diskreter Krankheitseinheiten

Verfolgt man Kendells Untersuchungen und theoretische Veröffentlichungen über den Zeitraum von 1969 bis 1981, so gewinnt man den Eindruck, daß die Diskriminanzanalyse für ihn vor allem anderen die Methode darstellt, die sogenannten "Krankheitseinheiten" in der Psychiatrie zu bestätigen oder zu widerlegen. Seine gefühlsmäßige Haltung zu dieser Frage umschreibt wohl am treffendsten

folgende Feststellung: "Es ist ziemlich unwahrscheinlich, daß irgendeines der Hauptsyndrome der Psychiatrie sich jemals als eine Einheit im engeren Sinne erweisen wird, aber wenn doch, dann wäre das eine Angelegenheit von ungeheurer Wichtigkeit." (26) In diesem Zitat wird seine beträchtliche Skepsis gegenüber der Annahme der Existenz von Krankheitseinheiten in der Psychiatrie deutlich, wenngleich er auch betont, von welcher großen Wichtigkeit ein Nachweis ihrer Existenz wäre.

Welche Sachverhalte und Methoden erkennt Kendell überhaupt als Mittel zum Nachweis einer psychiatrischen Krankheitseinheit an? Zum einen sind hier qualitativ eigenständige neurophysiologische, biochemische oder genetische Abnormalitäten zu nennen, zum anderen der zu erbringende Nachweis einer "Diskontinuität" auf Symptomebene, von der Überzeugung ausgehend, daß diese auf das Vorhandensein einer tieferliegenden qualitativen Anomalie hinweist (26, 41). Der Nachweis auf Symptom- oder Syndromebene erscheint besonders geeignet, da, wie schon festgestellt, die meisten psychiatrischen Erkrankungen aus dieser Ebene beschrieben werden.

Die methodische Durchführung des Nachweises gestaltet sich in der Weise, daß für jeden Patienten innerhalb einer Diskriminanzanalyse durch die Anwendung linearer mathematischer Operationen ein Score errechnet werden kann. Wenn nun die Scores einer Gruppe von Patienten gegen die numerische Häufigkeit ihres Vorkommens aufgetragen werden, so müßte sich im Falle einer sogenannten "bimodalen" Verteilung eine Diskontinuität in Form eines Häufigkeitsminimums ergeben, welches zwei Häufigkeitsmaxima voneinander trennt. Die beiden Häufigkeitsmaxima sind nun, unter kritischer Würdigung

der in Abschnitt 4.1.3.1. angeführten Nichteindeutigkeit, als starke Hinweise auf das Vorliegen von zwei Krankheitseinheiten zu interpretieren, während das Minimum eine "Unsicherheitszone" der Zuordnung darstellt (vgl. Diagramm 1).

Die Suche nach diskreten klinischen Einheiten mit dem Diskontinuitätskriterium ist bisher erfolglos verlaufen (29). Die Verteilung war entweder deutlich unimodal (Kendell and Gourlay 1970; Brolchain et alia 1979), oder eine bimodale Verteilung war nicht reproduzierbar (Carney et al. 1965; Kendell 1969; Post 1972), oder es konnte nicht eindeutig zwischen Uni- und Bimodalität unterschieden werden (Kendell and Gourlay 1970 b; Fleiss 1972; Brockington et al. 1979) (22, 23, 5, 10, 21, 40, 16, 7).

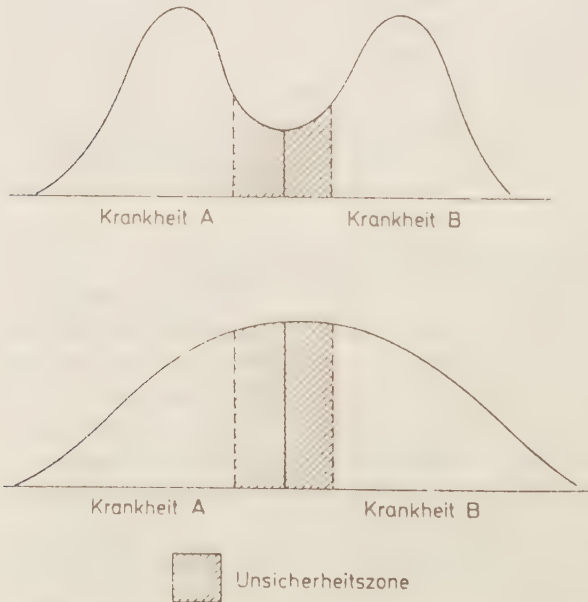


Diagramm 1: Verteilungen mit und ohne Seltenheitspunkt
(Aus Kendell; 26)

4.1.3.2.2. Die Verwendung algorithmischer Verfahren für die psychiatrische Diagnostik

Eine andere Möglichkeit der Anwendung von Diskriminanzfunktionen in der Psychiatrie ergibt sich aus ihrem Einsatz in der algorithmischen Diagnostik mit Hilfe des Computers. Kendell schätzt den Wert von Computerprogrammen für diese Aufgabe als sehr hoch ein, insbesondere aufgrund des Umstandes, weil sie seiner Ansicht nach absolute Reliabilität gewährleisten. "Jede beliebige Kombination von Symptomen oder klinischer Beurteilungen wird unweigerlich jedesmal zur gleichen Diagnose führen, wodurch eine der Hauptursachen der niedrigen Reliabilität und der geographischen Unterschiede bei den von Klinikern gestellten Diagnosen völlig wegfällt." (28) Die gegenwärtig gebräuchliche Definition psychiatrischer Krankheiten auf klinisch-deskriptivem Niveau erscheint zur Computerdiagnostik besonders geeignet.

Schwierigkeiten ergeben sich nach Kendell aus der Notwendigkeit, die verwendeten linearen Funktionen zunächst aus Beurteilungen über eine große Patientenpopulation gewinnen zu müssen, sowie aus der Tatsache, daß die Schwächen der klinischen Beurteilungen und Diagnosen bei Erstellung der Programme miteingehen. Gerade die Verbesserung der Qualität dieser Beurteilungen bietet jedoch die Chance, eine höhere Leistungsfähigkeit der Diskriminanzfunktionsprogramme zu erreichen. Wenn auch gegenwärtig (1975) noch eine logische Entscheidungsbbaumethode wie Diagno II (46) der Diskriminanzfunktionsmethode vorzuziehen sei, so äußert Kendell doch die optimistische Überzeugung, daß sich "wahrscheinlich Diskriminanzfunktionsmethoden mit der Zeit als überlegen erweisen werden..." (28).

4.1.3.3. Zusammenfassung

Der Abschnitt 4.1.3. der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit dem Verfahren der Diskriminanzanalyse in seiner Verwendung als Methode zur Klassifizierung psychiatrischer Krankheiten. Kendells Ausführungen lassen darauf schließen, daß er die Diskriminanzanalyse als geeignet ansieht, diagnostische Systeme in der Psychiatrie auf ihre Gültigkeit zu überprüfen.

Die Diagnostik mit Hilfe der Diskriminanzanalyse wirft bestimmte verfahrensimmanente Probleme auf, insbesondere was die Auswahl der zu verwendenden Items nach Zusammensetzung und Anzahl betrifft.

Die Diskriminanzanalyse wird von Kendell einerseits als Methode angesehen, diskrete Krankheitseinheiten in der Psychiatrie zu bestätigen oder zu widerlegen, andererseits als Verfahren, welches in der Zukunft eine zuverlässige Diagnose psychiatrischer Erkrankungen mit Hilfe des Computers ermöglichen wird.

Die bisherigen Ergebnisse beider Anwendungsmöglichkeiten des Verfahrens werden zusammengefaßt und bewertet. In diesem Zusammenhang bleibt vor allen Dingen festzuhalten, daß sich mit dem fraglichen Verfahren keine der gebräuchlichen diagnostischen Klassen der Psychiatrie als Einheit nachweisen ließ.

4.2. Bemerkungen über Dispositionsbegriffe und theoretische Begriffe in der Psychologie und Psychopathologie

4.2.0. Vorbemerkungen

Kendell verteidigt als Verfahren zur Entscheidung über An- und Abwesenheit von Symptomen operationale Regeln, die sich auf Beobachtungen und Tests stützen. Man muß jedoch annehmen, daß die Begriffe aus dem Bereich der psychologischen Wissenschaften im Regelfall den Charakter von Dispositionsbegriffen (Dispositionsprädikaten) oder von theoretischen Begriffen besitzen, also nicht unmittelbar wahrnehmbare Eigenschaften oder Beziehungen darstellen. Diese Tatsachen beleuchten die Schwierigkeiten bei der Anwendung der von Kendell verteidigten operationalen Verfahren in der psychiatrischen Diagnostik. Wir versuchen deshalb in Abschnitt 4.2. eine Übersicht zur Literatur über Dispositions- und theoretische Begriffe zu geben.

Abschnitt 4.2.1. beschreibt Eigenschaften und Definitionsmöglichkeiten der Dispositionsprädikate. Es werden Kriterien dargestellt, die eine Entscheidung ermöglichen, ob ein bestimmter Dispositionsbegriff vorliegt oder nicht. Abschnitt 4.2.2. wird anschließend Überlegungen erläutern, die es geraten erscheinen lassen, manche Dispositionsbegriffe als theoretische Begriffe zu rekonstruieren. Insbesondere wird auf Begriffe aus dem Bereich von Psychologie und Psychopathologie eingegangen.

Die Ausführungen über Dispositionsbegriffe und theoretische Begriffe basieren im wesentlichen auf Ausführungen Carnaps, Hempel und Stegmüller, die sich mit dieser Problematik eingehend beschäftigt haben.

Auf dieser Literatur aufbauend werden dann in Abschnitt 4.2.3. Folgerungen formuliert, auf die sich unsere Kritik an Kendells Thesen zu den Problemen der psychiatrischen Diagnostik wesentlich stützt (Abschnitt 4.3.). Außerdem werden wir an einem Beispiel konkretisieren, was unter einem theoretischen Begriff im Bereich der Psychiatrie zu verstehen ist.

4.2.1. Zur Frage der Dispositionsbegriffe

Unter der Disposition eines Objektes versteht man nach Stegmüller "dessen Fähigkeit oder Neigung - oder, wie man früher in der Philosophie häufig sagte, dessen Vermögen - unter gewissen Umständen in geeigneter Weise zu reagieren... Man kann sie die Antwort nur durch die negative Feststellung ergänzen, daß Dispositionen keine unmittelbar wahrnehmbaren Eigenschaften oder Beziehungen darstellen." (49)

Die Problematik dieser Dispositionen (z.B. brüchig, magnetisch, in Wasser löslich) liegt in der Tatsache begründet, daß sie nicht durch Definitionen eingeführt werden können (49). Deshalb können Aussagen über das Vorliegen eines Dispositionsmerkmals nur mit Hilfe sogenannter Reduktionssätze (Symptomsätze) gemacht werden. Diese sind folgendermaßen zu charakterisieren: Ein Dispositionsmerkmal M kann sich, je nach Umständen, in ganz verschiedener Weise manifestieren. Auf Grund entsprechender Beobachtungen lassen sich "Symptomaussagen" oder "Symptomsätze" aufstellen, die als notwendige oder hinreichende Bedingungen für das Vorliegen von M aufzufassen sind (18). Solche Symptomsätze können nach Hempel folgende Form haben:

Notwendige Bedingung: Wenn ein Objekt oder eine Person x die Eigenschaften M besitzt, dann wird x unter den Testbedingungen bzw. dem Stimulus S_1 regelmäßig in der Weise R_1 reagieren; unter den Bedingungen S_2 in der Weise R_2 , usw.

Hinreichende Bedingung: Wenn x sich in einer Situation der Art S^1 befindet, dann hat x die Eigenschaft M , falls x in der Weise R^1 reagiert; wenn x in S^2 ist, dann hat x die Eigenschaft M , falls x in der Weise R^2 reagiert, usw.

Die Symptomsätze besitzen im Normalfall den Status eines allgemeinen empirischen Gesetzes, sind also nicht einfach definitivisch wahr (18).

Hempel macht jedoch klar, daß Symptomaussagen nicht ausreichen, um den Gehalt eines Dispositionsmerkmals erschöpfend zu charakterisieren:

"Was bislang gesagt wurde, könnte die Annahme nahelegen, daß es gleichbedeutend ist, ob man zum Beispiel einem Eisenstab das "weite Dispositionsmerkmal", magnetisch zu sein, zuschreibt, oder ob man ihm eine Menge von einfachen Dispositionen zuspricht, deren jede sich in einer charakteristischen "Reaktion" auf eine bestimmte Testsituation manifestiert. Dies wäre aber eine allzu einfache Auffassung. Denn zu den allgemeinen physikalischen Aussagen des Magnetischseins gehören neben solchen Symptomaussagen auch gewisse allgemeine Gesetze, die keinen Dispositionen entsprechen, die aber für den

Begriff des Magnetischseins genauso charakteristisch sind wie die einschlägigen Symptomaussagen." (18)

Die Relevanz gerade dieser allgemeinen Gesetze oder theoretischen Prinzipien für die Erfassung von Dispositionen unterstreicht folgende Feststellung Hempels:

"Diese theoretischen Prinzipien legen zusammen eine unendlich große Menge von empirisch überprüfbaren Konsequenzen fest, zu denen auch verschiedene Dispositionsaussagen gehören, die operationale Kriterien für die Entscheidung liefern, ob ein bestimmter Körper elektrisch geladen, magnetisch usw. ist. Die zugrundeliegenden theoretischen Annahmen tragen also wesentlich zu dem bei, was durch die Zuschreibung dieser physikalischen Eigenschaften behauptet wird. Aus einer Aussage, die einem bestimmten Körper eine elektrische Ladung zuschreibt, folgt nur zusammen mit solchen theoretischen Hintergrundannahmen eine Menge von Dispositionsaussagen; aus der gesamten Menge der Dispositionsaussagen folgen aber weder die Aussage über die Ladung, geschweige denn die theoretischen Hintergrundprinzipien." (18)

Es ist einerseits festzuhalten, daß die theoretischen Prinzipien unabdingbare Voraussetzung für die Formulierung von Dispositionsaussagen (Symptomaussagen) sind, daß aber andererseits aus den Dispositionsaussagen sich weder die Dispositionen noch Aussagen über deren theoretische Prinzipien herleiten lassen. Eine entsprechende Feststellung über die Notwendigkeit von Symptomsätzen u n d theoretischen Prinzipien für die vollständige Erfassung von Dispositionsprädikaten finden wir bei Stegmüller: "Die Gesamtheit der Symptomsätze mit beobachtbaren Test- und Reaktionsbedingungen (Symptomsätze der ersten Art) liefert also in einem solchen Fall wie dem des Dispositionsprädikates "mag-

netisch" nur eine unvollständige Charakterisierung der wissenschaftlichen Bedeutung dieses Prädikates. Theoretische Prinzipien, die dieses Prädikat mit anderen theoretischen Begriffen (oder mit Begriffen, die ebenfalls Dispositionen im weiten Sinne des Wortes bezeichnen) in Verbindung setzen (Symptomsätze der zweiten Art), sind für die Umgrenzung der Bedeutung dieses Prädikates ganz wesentlich." (48)

Für psychologische Sachverhalte formuliert Stegmüller: "Ebensowenig wie die Behauptung, ein Gegenstand sei magnetisch, als logisch äquivalent betrachtet werden darf mit einer Aussage, welche diesem Gegenstand ein Bündel von beobachtbaren Dispositionen zuschreibt, kann z.B. eine Behauptung über die Überzeugungen einer Person X durch eine logisch äquivalente Aussage über die beobachtbaren Reaktionen von X unter genau angebbaren empirischen Bedingungen wiedergegeben werden." (48)

Wir werden im folgenden Abschnitt 4.2.2. zeigen, daß es Gründe dafür gibt, gewisse Dispositionsprädikate als theoretische Begriffe zu rekonstruieren. Wir werden dabei besonders Begriffe aus dem Bereich der psychologischen Wissenschaften einer näheren Betrachtung unterziehen.

4.2.2. Zur Frage der theoretischen Begriffe

Die Reduktionssatzmethode zur Beschreibung von Dispositionsprädikaten wurde von Carnap eingeführt (8). Dennoch ergibt sich bei diesem Verfahren ein Problem: "Es scheint nämlich keine Möglichkeit zu geben, in den Fällen mit negativem Ausgang den Einklang mit dem tatsächlichen und als vernünftig empfundenen Verhalten der

Naturforscher herzustellen." (49) Das folgende Beispiel möge diesen Sachverhalt erläutern: Man betrachte die Disposition "einen Intelligenzquotienten von mehr als 130 besitzen". Diese Disposition läßt sich zunächst dadurch festlegen, in welcher Weise ein Proband auf einen bestimmten Test durch bestimmte Antworten reagiert. Testbedingungen und Antworten werden ausschließlich mit das Verhalten beschreibenden Beobachtungsprädikaten formuliert. "Es steht dem Psychologen frei, eine solche Deutung seines Begriffs vorzunehmen. Er muß dann die Konsequenzen dieser seiner Entscheidung akzeptieren, die ihm vielleicht nicht erwünscht erscheinen." (49) Denn man könnte annehmen, daß die Verifikation der Disposition "einen Intelligenzquotienten von mehr als 130 besitzen" daran scheitert, daß der Proband "sich während des Testvorganges in einer sehr niedergedrückten Stimmung befand und diese Tatsache vor Beginn des Testes verschwiegen hatte." (49) Angenommen nun, der Forscher erfährt von diesem Umstand im nachhinein, so steht ihm keine Auswahlklausel in dem Sinne zur Verfügung, daß er das Ergebnis, was vernünftig wäre, nicht akzeptiert. Akzeptiert er aber das Ergebnis wegen der Störvariable dennoch nicht, so ist der obige Begriff nicht als reiner Dispositionsbegriff zu verstehen, sondern als theoretischer Begriff zu deuten. Von ihm schreibt Stegmüller: "Bei einer solchen Interpretation kann nämlich analog wie in den physikalischen Beispielen kein Testergebnis als absolut schlüssig angesehen werden, sondern liefert bestenfalls eine hohe Wahrscheinlichkeit für oder gegen das Vorliegen der fraglichen Disposition, also etwas, das auf Grund neuer empirischer Befunde revidiert werden kann." (49)

Eine Deutung des Prädikates "einen Intelligenzquotien-

ten von mehr als 130 besitzen" als theoretischer Begriff und nicht als Dispositionsbegriff beinhaltet also die Vorstellung, daß Entscheidungen über sein Vorliegen bestenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit getroffen werden können.

Im Bereich der Psychologie haben theoretische Begriffe eine zentrale Bedeutung: "Da bereits auf der vorwissenschaftlichen Stufe die meisten Menschen ihre psychologischen Urteile über die Mitmenschen als korrigierbar auf Grund späteren Verhaltens ansehen, kann man sagen, daß schon auf dieser Stufe der Ansatz für theoretische Begriffsbildungen gegeben ist. Vermutlich kann man noch weiter gehen: Wenn man solche alltagssprachlichen Ausdrücke wie "Wissen" und "Glauben" in ihrer üblichen Verwendung analysiert, so zeigt sich, daß damit weder psychische Phänomene noch Dispositionen bezeichnet werden, sondern daß es sich um davon verschiedene abstrakte Begriffe handelt, deren alltägliches Verständnis in eine Miniaturtheorie des Glaubens und Wissens eingebettet ist." (49)

Während Carnap sich wegen des Konfliktes zwischen Reduktionssatzmethode und vernünftiger Reaktionsweise des Naturwissenschaftlers entschließt, das Verfahren der Reduktionssätze gänzlich zu verlassen und alle Dispositionsprädikate als theoretische Begriffe zu rekonstruieren (9; durch Beschreibung eines Prädikates in einer Beobachtungssprache und zusätzlich in einer theoretischen Sprache steht dem Wissenschaftler eine Ausweichklausel zur Verfügung), befindet Stegmüller davon abweichend: "Der Fehler liegt in der Generalisierung, d.h., in der Verallgemeinerung der Feststellung für alle Prädikate." (49) Zumindest jedoch für den Bereich der Psychologie läßt sich bei Stegmüller

keine Aussage finden, die in Abrede stellen würde, daß Prädikate dort als theoretische Begriffe zu charakterisieren sind.

Das mögliche Spektrum der Begriffe erstreckt sich von den unmittelbar beobachtbaren Eigenschaften über Dispositionsprädikate und theoretische Begriffe bis in den Bereich der metaphysischen Begriffe. Sie unterscheiden sich in ihrer Bestimmtheit und der Art ihrer Definition. Wie wir in Abschnitt 4.2.3. sehen werden, ist diese Unterscheidung für die Beurteilung diskriminanzanalytischer Verfahren im Bereich der psychiatrischen Diagnostik von größter Bedeutung.

4.2.3. Folgerungen

In Anlehnung an die Ausführungen von Carnap, Hempel und Stegmüller, die wir in den Abschnitten 4.2.1. und 4.2.2. dargelegt haben, gehen wir davon aus, daß die im Bereich der psychologischen Wissenschaften vorkommenden Begriffe meist den Charakter theoretischer Begriffe haben. Diese sind dadurch gekennzeichnet, daß für ihre vollständige bedeutungsmäßige Erfassung und Durchdringung nicht nur Beobachtungen eine entscheidende Rolle spielen, sondern auch das hinter ihnen stehende theoretische Konzept. Die durch Beobachtung erschließbaren Kriterien erlauben bestenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit Aussagen über die Zugehörigkeit gegebener Fakten zu einem Begriff.

Es erscheint uns unbestreitbar, daß auf der Ebene der psychopathologischen Symptome eine Präzisierung der Entscheidungskriterien über ihr Vorliegen notwendig und verdienstvoll ist, um eine hohe Reliabilität der

getroffenen Aussagen zu gewährleisten. Jedoch sind wir uns bewußt, daß die Erstellung dieser operationalen Regeln ein theoretisches Konzept voraussetzt, das durch den Bedeutungsgehalt sowohl der Symptome selbst als auch des nosologischen Systems der Psychiatrie festgelegt wird. Die klinische Plausibilität des Zusammenhangs zwischen theoretischem Konzept und den Regeln, mit deren Hilfe über An- und Abwesenheit eines Symptoms entschieden wird, muß unbedingt gewährleistet sein.

Analog zur Ebene der Symptome interpretieren wir erst recht die Diagnosen in der Psychiatrie als theoretische Begriffe. Dies beinhaltet die Forderung, daß operationale Verfahren der Klassifikation sich am theoretischen Konzept der in Frage stehenden Diagnosen orientieren müssen. Das Konzept muß durch die klinische Erfahrung abgesichert sein. Die theoretischen Prinzipien sagen etwas aus über die Art der Symptome, die für die diagnostische Entscheidung benötigt werden, und über die Rechtfertigung der operationalen Verfahren, mit deren Hilfe Aussagen über ihre An- und Abwesenheit getroffen werden.

Zur Konkretisierung unserer Überlegungen wollen wir anhand eines Beispielles erläutern, welche Bedeutung der Aussage, eine Diagnose stelle einen theoretischen Begriff dar, zuzumessen ist.

1896 führte Kraepelin den Begriff der Dementia praecox ein, unter dem er eine Gruppe von Syndromen trotz großer Vielgestaltigkeit der Erscheinungsbilder als Krankheitseinheit zusammenfaßte. In dem schleichenden Verlauf, der zu einer schwerwiegenden Persönlichkeitsveränderung führt, sah Kraepelin das definierende Merkmal des in Frage ste-

henden Begriffes. Hat sich auch im Verlauf der letzten 80 Jahre gezeigt, daß die von Kraepelin angenommenen Kriterien für die Begriffserklärung zum Teil unvollständig sind und nicht in jedem Falle zutreffen, wird auch weiterhin die Annahme Kraepelins, daß die Schizophrenien genauso wie andere psychiatrische Krankheitsbegriffe "Zustand- Verlaufs-Einheiten" entsprechen, akzeptiert.

Wenn ein Psychiater bei einem bestimmten Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Diagnose stellen soll, so steht ihm als Information einerseits die Anamnese zur Verfügung, andererseits das augenblickliche psychopathologische Zustandsbild. Insgesamt erscheint die Krankheit als komplexes Gebilde, in dem sich psychopathologische Symptome, zu Symptomgruppen zusammengefaßt, entlang der Dimension Zeit aneinanderreihen. Die psychiatrische Krankheitstheorie beinhaltet Aussagen über die Strukturgesetze der Aneinanderreihung dieser Symptome in der Zeit (Zustand-Verlaufs-Einheit). Die Beobachtung liefert sehr wohl psychopathologische Daten, aber die Gliederung der Daten zu Einheiten erfolgt vor dem Hintergrund der psychiatrischen Krankheitslehre.

Kommen wir auf unser Beispiel zurück, so ergibt sich, daß der theoretische Begriff "Schizophrenie" aus Vorstellungen besteht, die die Psychiater im Laufe der Zeit durch klinische Beobachtung typischer psychopathologischer Zustandsbilder gewonnen haben. Diese Beobachtungen haben sich durch die klinische Erfahrung auf dem Wege der Induktion zu einer Theorie verdichtet. Die Beobachtung und Messung bestimmter psychopathologischer Symptome und ihre anschließende Verwendung zum Auffinden einer Diagnose nach fest vorgegebenen Kri-

terien kann für therapeutische Entscheidungen und prognostische Aussagen nur unter Bezug auf die zugrundeliegende Theorie gerechtfertigt werden. Operationale Verfahren der psychiatrischen Diagnostik, unter Verwendung der Diskriminanz- und Clusteranalyse, weisen in diesem Punkt dahingehend Mängel auf, daß ihnen infolge des fehlenden Bezuges zu einer Theorie über psychiatrische Sachverhalte die Verbindung zu den Gegenständen der Erfahrung fehlt.

4.3. Kritik an Kendells Thesen zur Diagnostik in der Psychiatrie

4.3.0. Vorbemerkungen

Der vorangehende Abschnitt hat jene Literatur zusammengefaßt, die Beiträge zur Frage der Dispositions- und theoretischen Begriffe in der Wissenschaft liefert. Darauf aufbauend wird in diesem Abschnitt die Kritik an Kendells Ausführungen zu den Problemen der psychiatrischen Diagnostik formuliert.

In Kendells Buch "The Role of Diagnosis in Psychiatry" (24) und in allen seinen Untersuchungen steht die Diskriminanzanalyse als methodisches Verfahren zur Auf- und Rechtfertigung diagnostischer Klassen im Mittelpunkt (Abschnitt 4.1.3.). Daher wird zunächst nochmals zusammengefaßt, welche statistischen, logischen und wissenschaftstheoretischen Probleme die Diskriminanzanalyse mit sich bringt, wobei besonders auf die Frage der Auswahl der Items und die Nichteindeutigkeit der Methode beim Aufdecken von diskreten psychiatri-

schen Krankheitseinheiten eingegangen wird (Abschnitt 4.3.1.). Anschließend soll Kendells unvollständige und zu enge Vorstellung vom Aufbau eines wissenschaftlichen Begriffsgebäudes diskutiert werden (Abschnitt 4.3.2.). Der dann folgende Abschnitt 4.3.3. erörtert die Frage, ob die Aufdeckung von Symptomen mit operationalen Methoden und die Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen mit Hilfe der Diskriminanzanalyse der Forderung gerecht wird, daß ein Verfahren zur Herleitung von Diagnosen mit Hilfe theoretischer Begriffe gerechtfertigt werden muß, die dem zur Diskussion stehenden System der Psychiatrie zugrundeliegen. Dabei darf vorausgesetzt werden, daß Kendell bei seinen Untersuchungen das überlieferte System der psychiatrischen Nosologie im Auge hat. Schließlich wird erläutert, welche Konsequenzen und Forderungen die Überlegungen zu den theoretischen Begriffen für weitere Untersuchungen zum Problem der psychiatrischen Krankheitseinheiten mit sich bringen, und inwieweit Kendell in seinen Ausführungen und Untersuchungen diesen Forderungen Rechnung trägt (Abschnitt 4.3.4.). Der Abschnitt 4.3.5. faßt unsere wichtigsten Argumente nochmals zusammen.

Es soll darauf hingewiesen werden, daß unsere Analyse der Thesen Kendells vor allem auch dazu dienen soll, den psychiatrisch-theoretischen Hintergrund unserer eigenen statistischen Untersuchungen über den Zusammenhang von psychopathologischer Symptomatik und psychiatrischer Diagnose darzustellen. Die dazugehörige Diskussion ist im 6. Kapitel dieser Arbeit zu finden.

4.3.1. Methodische Probleme bei der Anwendung der Diskriminanzanalyse in der psychiatrischen Diagnostik

Wir verweisen auf den Abschnitt 4.1.3.1., wo die Probleme, die bei der Auswahl der für die Diskriminanzanalyse zu verwendenden Items (Symptome) auftreten, dargestellt werden. Die Problematik der nicht eindeutig entscheidbaren Frage, wieviele Items zur optimalen Trennung zweier Diagnosegruppen nötig sind, sowie der Tatsache, daß sich die Items gegenseitig stark beeinflussen, erkennt Kendell; dennoch gewinnt man den Eindruck, daß auch er für dieses Problem keine endgültigen Lösungsmöglichkeiten vorlegen kann und es einfach beiseite schiebt.

Desweiteren haben wir schon in Abschnitt 4.1.3.1. festgestellt, daß auf die Frage, ob ein psychiatrisches Syndrom eine Krankheitseinheit repräsentiert oder nicht, mit der Methode der Diskriminanzanalyse keine eindeutige Antwort gegeben werden kann (13, 28). Kendell erkennt an, daß die Uni- oder Bimodalität von Verteilungen die Frage nach der Existenz von Krankheitseinheiten nicht endgültig entscheiden kann.

Dem Forscher, der dieses Verfahren der Diskriminanzanalyse immer wieder und ausschließlich als Entscheidungskriterium zum Nachweis diskreter psychiatrischer Krankheitseinheiten verwendet, kann die kritische Frage nicht erspart bleiben, ob er nicht durch die Wahl eben dieses Verfahrens von vorneherein die These der Existenz von Krankheitseinheiten auf nominalistischem Wege beseitigen wolle; insbesondere dann gewinnt diese Frage an Gewicht, wenn man Kendells grundsätzlich skeptische Haltung gegenüber dem Vorhandensein von Krankheitsein-

heiten in der Psychiatrie berücksichtigt (Abschnitt 4.1.3.2.1.) und in Erwägung zieht, daß nicht ersichtlich wird, ob die Einstellung Kendells zu den Krankheitseinheiten aus den Ergebnissen seiner diskriminanzanalytischen Untersuchungen resultiert, oder ob Kendell aus diesen Überlegungen heraus erst die diskriminanzanalytischen Untersuchungen ansetzt.

4.3.2. Auseinandersetzung mit den begrifflichen Voraussetzungen im Buch "Die Diagnose in der Psychiatrie"

Wie Abschnitt 4.2. gezeigt hat, erstreckt sich das Spektrum der Begriffe von unmittelbar beobachtbaren Eigenschaften über Dispositions- bis zu den theoretischen Begriffen. Es ist jedoch eine grobe Vereinfachung vorzugeben, daß zum Aufbau eines wissenschaftlichen Begriffsgebäudes nur die durch unmittelbare Beobachtung erschließbaren Eigenschaften notwendig sind. Für den Bereich der psychologischen Wissenschaften ist anzunehmen, daß die dort anzutreffenden Phänomene mindestens den Charakter von Dispositionsprädikaten, meistens jedoch von theoretischen Begriffen haben (vgl. Abschnitt 4.2.2.). Beide, Dispositionsprädikate und theoretische Begriffe, zeichnen sich dadurch aus, daß neben den durch Beobachtung erschließbaren Aussagen dahinterstehende theoretische Prinzipien für ihre bedeutungsmäßige Erfassung unerlässlich sind.

Kendell läßt für die Klassifizierung psychiatrischer Erkrankungen durch operationale Verfahren die Verwendung von Merkmalen zu, die "durch Test erhalten" oder durch "bloße Beobachtung erschließbar" sind. Das Vorkommen von Dispositionsprädikaten und theoretischen

Begriffen in der Psychiatrie wird bei Kendell weder in Erwägung gezogen noch werden solche Begriffe in seinen Ausführungen implizit verwendet. Er baut somit das Gebäude einer Wissenschaft auf, welches auf vordergründig Beobachtbarem basiert. Wir werden sehen, daß beobachtbare Merkmale, bei denen klar umrissene Anwendungsregeln existieren, zwar für die Erstellung von Symptomaussagen von ausschlaggebender Bedeutung sind. Ohne die bewußte oder unbewußte Annahme von Dispositionsprädikaten und theoretischen Begriffen ist es jedoch nicht möglich, die für die Psychiatrie relevanten psychopathologischen Symptome einzuführen. Daneben werden diese Begriffe benötigt für die Rechtfertigung der Symptomaussagen. Deshalb bezeichnen wir die bei Kendell anzutreffende Vorstellung von Wissenschaft als unvollständig und zu eng.

4.3.3. Probleme bei der Rechtfertigung der Verwendung der Diskriminanzanalyse für diagnostische Untersuchungen in der Psychiatrie

Symptomaussagen sollen nach Kendell durch genau umrissene Anwendungsregeln bestimmt werden (vgl. Abschnitt 4.1.2.3.). Als Verfahren, diagnostische Systeme empirisch zu untersuchen, empfiehlt Kendell - der gedankliche Zusammenhang seiner Argumentation läßt uns dies annehmen - die Diskriminanzanalyse. Wir haben in Abschnitt 4.2.3. ausgeführt, daß nach unserer Ansicht Aussagen über psychopathologische Phänomene im Normalfall theoretische Begriffe enthalten. Es wird nun diskutiert, inwieweit beide Vorstellungen auf methodisch-theoretischer Ebene miteinander in Einklang zu bringen sind.

Nach Kendell kommen zur Erstellung von Symptomaussagen (Aussage über das Vorliegen von Symptomen auf Grund von Beobachtungen) nicht nur Tests als eigentliche operationale Methode in Frage, sondern es ist auch die Verwertung von bloßen Beobachtungen zuzulassen. Diese stellen unter der Voraussetzung des Vorhandenseins klar umrissener Anwendungsregeln "semantische Definitionen" (25) der Symptome dar. Syntaktische Definitionen für Symptome sind seiner Meinung nach inadäquat.

Wir sind damit einverstanden, und halten es darüber hinaus sogar für wünschenswert, daß Symptomaussagen mit Hilfe von Beobachtungen, für die klar umrissene Anwendungsregeln existieren, getroffen werden. Insofern sind alle Bemühungen, diese Anwendungsregeln zu präzisieren, als sehr verdienstvoll zu bezeichnen. Wir vermissen jedoch bei Kendell das Bewußtsein, daß es sich bei den Symptomen um theoretische Begriffe handelt, und somit die Anwendungsregeln für die Aussagen unter Berücksichtigung des dahinterstehenden theoretischen Systems festgelegt werden müssen. Kendell verweist zwar darauf, daß bei Vorhandensein klar umrissener Anwendungsregeln den Symptomaussagen der Stellenwert einer "semantischen Definition" für die Symptome zuzuerkennen ist, doch wird dadurch ihre wissenschaftstheoretische Einordnung und Bewertung nicht unbedingt klarer. Bedenkt man den Stand der gegenwärtigen Diskussion zur Semantik in der Logik und Sprachwissenschaft, so ist zu sagen, daß der Gegenstandsbereich der Semantik nicht scharf abgegrenzt ist. Die Rede Kendells von der "semantischen Definition" verdunkelt mehr, als daß sie den Sachverhalt, den sie anspricht, verdeutlicht. Kendell meint mit einer "semantischen Definition" nichts anderes als eine operationale

Definition. Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß durch die Beobachtungen und Tests die Symptome nicht definiert werden, denn als theoretische Begriffe sind sie allein durch Beobachtungen nicht definierbar, sondern es kann lediglich über ihr Vorliegen mit verschieden hohem Gültigkeitsgrad entschieden werden. Dieser Aspekt sollte bei allen Bemühungen zur Steigerung der Genauigkeit und Gültigkeit der Symptomaussagen niemals außer acht gelassen werden.

Fehlt Kendell auf der Ebene der Symptome nur das Bewußtsein für deren Einordnung als theoretische Begriffe, so ergeben sich bei der operationalen Klassifikation von psychiatrischen Erkrankungen mit Hilfe der Diskriminanzanalyse vielfältige Ansatzpunkte der Kritik.

Bei der Durchführung der Diskriminanzanalyse werden Eichstichproben von Patienten aus verschiedenen diagnostischen Klassen verwendet. Aus der Liste aller Symptome wird auf mathematisch-statistischem Wege eine Teilmenge von Items (Symptomen) ausgewählt. Verschiedene mathematische Operationen werden auf die Bewertungen dieser Items angewendet. Wir haben in Abschnitt 4.2.3. dargelegt, daß nach unserer Ansicht Diagnosen als theoretische Begriffe zu interpretieren sind. Dies beinhaltet die Forderung, daß operationale Verfahren der Klassifikation die zugrundeliegenden theoretischen Begriffe und die dazugehörige Struktur berücksichtigen müssen. Der theoretische Gehalt der psychiatrischen Diagnosen wird im wesentlichen durch klinische Erfahrungen bestimmt.

Wir können nun bei Kendells Verwendung der Diskriminanzanalyse für diagnostische Untersuchungen nicht er-

kennen, an welcher Stelle er den theoretischen Gehalt der psychopathologischen Begriffe in diese Untersuchungen einfügt. Die Zusammensetzung der Items (Symptome), die in die Berechnung des als Klassifikationsmerkmal verwendeten Diskriminanzscores (Skalarwert der Diskriminanzfunktion) eingehen, wird auf rein formal-mathematischem Wege bestimmt. Dabei ist das entscheidende Auswahlkriterium, daß sie sich bei der Diskriminanzanalyse als gute Diskriminatoren erweisen, es geht jedoch nicht um ihre Rechtfertigung in einem theoretischen System; insbesondere geht es nicht darum, daß sie sich nach dem überlieferten diagnostischen Klassifikationssystem und den zugrundeliegenden klinischen Erfahrungen als charakteristisch für die eine oder andere Diagnose gezeigt haben (23). Ein theoretisches Konzept der diagnostischen Klassen wird demnach nicht sichtbar.

Desweiteren finden wir bei Kendell die Empfehlung, gewisse Symptome bei der operationalen Klassifikation deswegen unberücksichtigt zu lassen, weil ihre Reliabilität eventuell nicht genügend hoch ist (28). Dies gilt insbesondere für psychopathologische Symptome, die nicht exploriert werden, sondern die der Psychiater auf Grund seines Sachverstandes erschließt (Beurteilungen der Psychomotorik, der Affektivität und des formalen Denkens). Die klinische Erfahrung liefert das theoretische Konzept, mit dessen Hilfe die überlieferten diagnostischen Kategorien, wie z.B. Schizophrenien oder endogene Depressionen, getrennt werden. Der Mithilfe dieser wesentlichen Items beraubt sich Kendell durch das formalistische Kriterium der hohen Reliabilität, wobei wir selbstverständlich mit Kendell darin übereinstimmen, die verwendeten psychopathologischen Symptome so präzise zu beschrei-

ben, daß sie im Experiment eine hohe Reliabilität zeigen.

Das Verfahren der Klassifizierung psychiatrischer Krankheiten vollzieht sich in der Weise, daß über eine Funktion (die Diskriminanzfunktion) aus einer Anzahl von Symptomwerten ein Skalarwert (Diskriminanzscore) errechnet wird; dieser Skalarwert ist Kriterium der diagnostischen Einordnung der Erkrankung des Patienten, sein Betrag ergibt sich aus der Addition von Produkten aus Symptomwerten und Ladungen. Wiederum ist zu fragen, wie die Verbindung zwischen mathematischen Operationen und dem theoretischen Hintergrundkonzept der diagnostischen Klassen, aus dem das Verfahren abzuleiten wäre, hergestellt werden kann. Für uns ist die Verbindung nicht zu erkennen; die Verwendung der mathematischen Operationen ist in keiner Weise durch klinische Plausibilität erklärt, das verwendete Verfahren ist rein formaler Natur. Folglich ist für uns auch die klinische Bedeutung des resultierenden Skalarwertes (Diskriminanzscores), der die Klassifikationsgrundlage bildet, nicht auszumachen. Man hat den Eindruck, daß sich die Diskriminanzscores bei Kendell verselbständigen haben und daß er ihnen eine klinische Bedeutung beimißt. Hier liegt ein Mißverständnis vor. Dieser Skalarwert ist ein Maß für die Gültigkeit einer Aussage und hat keinerlei psychopathologische Bedeutung, d.h., der Skalarwert ist kein Objekt, dem eine anschauliche klinische Bedeutung zukommt. Wir meinen, daß Kendell der Faszination der mathematischen Verfahren, die in der Diskriminanzanalyse stecken, erlegen ist und sie kritiklos auf seine Daten anwendet, ohne zu prüfen, ob diese Anwendung auch gerechtfertigt ist.

Nun zeigt Kendell anhang einer 1969 veröffentlichten Untersuchung (21), daß eine Klassifizierung psychiatrischer Krankheitszustände mit Hilfe eines diskriminanzanalytisch gewonnenen Diagnostikscores mehr Information über "response to treatment" und "outcome" liefert als die Klassifizierung mit Hilfe der überlieferten Diagnosen. Als Beispiel gibt er die Reaktion von über 1000 psychiatrischen Patienten auf eine Elektrokrampftherapie an, die er mit Hilfe einer Fünf-Punkte-Skala im Hinblick auf eine Verbesserung oder Verschlechterung ihrer psychopathologischen Symptomatik beurteilt. Allerdings ist zu erwähnen, daß es sich hierbei um eine retrospektive Studie handelt, und daß die Einschätzung des Erfolges der Elektrokrampftherapie nachträglich in den Datenkörper eingefügt worden ist.

Uns erscheint diese Untersuchung jedoch keinesfalls ausreichend als Beweis für die klinische Plausibilität und Validität der mit Hilfe der Diskriminanzanalyse gewonnenen Diagnostikscores, müssen wir doch unterstellen, daß die Patienten, die eine Elektrokrampftherapie erhalten sollten, nicht durch Kenntnis der Scores für diese Therapieform ausgewählt worden sind, sondern daß dabei ausschließlich andere klinische Informationen die entscheidende Rolle gespielt haben, insbesondere die psychopathologischen Symptome und die vergebenen Diagnosen. Es ist uns nie zu Ohren gekommen, daß ein Psychiater seine Entscheidung, ob er seine Patienten mit Elektrokrampf behandelt oder nicht, von der Höhe eines diagnostischen Scores abhängig macht. Somit erscheint uns die Schlußfolgerung, Wahl bzw. Erfolg einer derartigen Therapie durch einen Diagnostikscore vorherzusagen, als nicht zulässig. Der Versuch, auf solche Art und Weise die klinische Plausibilität des Scores beweisen zu wollen, muß somit als untauglich betrachtet werden.

4.3.4. Konsequenzen für weitere Untersuchungen über die Frage der Trennbarkeit psychiatrischer Diagnosen

Es erscheint uns problematisch, aus diskriminanzanalytischen Untersuchungen zur Klassifikation psychiatrischer Krankheiten weitreichende Schlüsse zu ziehen, weil der Zusammenhang dieses statistisch-mathematischen Verfahrens mit dem theoretischen Hintergrund des Systems der Psychiatrie und Psychopathologie nicht geklärt ist. Es ist deutlich geworden, daß eine Voraussetzung für die Durchführung dieses Verfahrens darin besteht, Eichstichproben von Patienten auszuwählen, die im Normalfall überlieferten diagnostischen Klassen zugeordnet worden sind. Unter Berücksichtigung unserer Ausführungen über theoretische Begriffe in Abschnitt 4.2.3. ist zu fordern, daß sich das Klassifikationsverfahren am theoretischen Konzept dieser diagnostischen Klassen orientieren muß.

Die überlieferten diagnostischen Kategorien der Psychiatrie lassen sich nach Kendell bei Anwendung der Diskriminanzanalyse nicht als diskrete Krankheitseinheiten rechtfertigen. Dennoch ist ihre Verwendung eine Voraussetzung dafür, das Verfahren der Diskriminanzanalyse überhaupt durchführen zu können. Wenn man die Forderung berücksichtigt, daß Verfahren und zugrundeliegende theoretische Begriffe einen plausiblen Zusammenhang erkennen lassen sollen, ist es möglich, zwei verschiedene Folgerungen aus der vergeblichen Suche nach klinischen Einheiten mit Hilfe der Diskriminanzanalyse oder eines ähnlichen, anderen formalen Verfahrens zu ziehen.

- a) Da sich die überlieferten diagnostischen Kategorien bei Anwendung der Diskriminanzanalyse für diagnostische Untersuchungen nicht als diskrete Einheiten erwiesen haben, wäre es nur folgerichtig, sie in der klinischen Praxis nicht mehr zu verwenden. Vertrauen in das eigene methodische Vorgehen würde einen solchen Schluß nahelegen. Da jedoch bei den hierher gehörigen diskriminanzanalytischen Untersuchungen auf die Verwendung der überlieferten Diagnose zum Zwecke der Auswahl einer geeigneten Eichstichprobe nicht verzichtet werden kann, ist es nicht verwunderlich, wenn der Kliniker in seinen diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen auf die überlieferten klinischen Diagnosen angewiesen ist. Wir verdeutlichen dies anhand eines Gedankenexperimentes:

Auf operationalem Wege werden bei einem Patienten Aussagen über das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein einer Folge von Symptomen getroffen. Aus den Symptomwerten wird mit Hilfe eines von der Diskriminanzanalyse angegebenen Verfahrens ein Diagnostikscore errechnet. Wir legen nun einem Psychiater nur diesen Score als Information für die Klassifikation der Erkrankung vor. Der Nachweis wäre zu erbringen, daß der Psychiater a l l e i n auf Grund der Kenntnis des Diagnostikscores in der Lage ist, die Erkrankung in Umrissen zu beschreiben und Folgerungen für Therapie und Prognose anzugeben, wenn ihm nicht zusätzlich eine Diagnose und Einzelsymptome mitgeteilt werden.

Dieses Experiment spricht für sich. Kein Psychiater würde sich darauf einlassen.

Es ist nichts dagegen zu sagen, wenn die überlieferten Diagnosen in diskriminanzanalytische Untersuchungen eingehen, nur ist es nicht erlaubt, diese Diagnosen mit einem Verfahren, das in keinem plausiblen theoretischen Zusammenhang mit ihnen steht, daraufhin zu untersuchen, ob sie diskrete klinische Einheiten repräsentieren. Wer die Diskriminanzanalyse oder andere formale Verfahren (Cluster-Analyse usw.) für diagnostische Untersuchungen verwendet, muß aufzeigen, wie die theoretischen Grundlagen der von ihm zu untersuchenden Diagnosen in das Verfahren eingehen. Tut er das nicht, so streiten wir ihm das Recht ab, irgendwelche Folgerungen bezüglich der klinischen Verwendbarkeit dieser Diagnosen zu ziehen.

- b) Akzeptiert man dagegen, daß es berechtigt ist, die überlieferten psychiatrischen Diagnosen anzuwenden, so sollte die Untersuchung, ob es sich bei ihnen um diskrete klinische Einheiten handelt, mit Methoden erfolgen, bei denen der Zusammenhang der Untersuchung mit den theoretischen Grundlagen der Diagnosen gewahrt bleibt.

Worum es also in entscheidender Weise geht, ist der Nachweis, daß Methode und zugrundeliegende Begriffe in plausiblen theoretischen Zusammenhang stehen. Bei Diskriminanzanalyse und überlieferten psychiatrischen Diagnosen erscheint uns dieser Zusammenhang nicht gegeben.

Wenn ich dem Verfahren vertraue, mit dessen Hilfe ich die fraglichen Begriffe untersuche, und die Begriffe sich anhand dieses Verfahrens als untauglich erweisen, so werde ich die Begriffe aufgeben,

wenn ich weiterhin das Vertrauen zu meinem Verfahren aufrecht erhalte.

Wenn ich dagegen meinen Begriffen vertraue und ich diese mit Hilfe eines Verfahrens untersuche, dessen Zusammenhang mit den fraglichen Begriffen ich nicht zu klären vermag, so werde ich Ergebnisse, die meine Begriffe in Frage stellen, nicht nur meinen Begriffen, sondern auch meinem Verfahren anlasten.

Kendell zieht keine der beiden von uns aufgezeigten Konsequenzen. Er entschließt sich weder zur Aufgabe der überlieferten psychiatrischen Diagnosen, noch ist er in der Lage, die Tauglichkeit der Diskriminanzanalyse als Werkzeug für die Untersuchungen an den überlieferten psychiatrischen Diagnosen zum Zwecke ihrer Bestätigung als klinische Einheiten aufzuzeigen. Betrachtet man dagegen, wie die Psychiatrie in jener Zeit, als noch keine Rechneranlagen für statistische Untersuchungen zur Verfügung standen, mit Hilfe von Kasuistiken ihre klinischen Einheiten aufgesucht haben, so mag dieser Weg technisch unvollkommen gewesen sein, dem oben geforderten Zusammenhang wurde aber in jedem Falle Rechnung getragen.

4.3.5. Zusammenfassung

Die kritische Auseinandersetzung mit Kendells Ausführungen zur psychiatrischen Diagnostik hat einige wichtige Gesichtspunkte ergeben.

Kendell geht davon aus, daß die überlieferten diagnostischen Kategorien der Psychiatrie keine diskreten Krankheitseinheiten darstellen. Gleichzeitig erkennt er an, daß die bisherigen Ergebnisse der diskriminanz-analytischen Untersuchungen nicht hinreichen, um die Frage nach dem Vorliegen diskreter Krankheitseinheiten in der Psychiatrie mit genügender Sicherheit zu beantworten. Es wird nicht ersichtlich, ob die Einstellung Kendells zur Frage der Krankheitseinheiten Ergebnis seiner Untersuchungen ist, oder ob Kendell aus seiner Einstellung heraus erst die diskriminanz-analytischen Untersuchungen ansetzt.

Die im Bereich der psychologischen Wissenschaften vorkommenden Begriffe haben, sofern sie sich auf normal-psychische oder psychopathologische Phänomene beziehen, meist den Charakter von theoretischen Begriffen. Kendell gesteht der Psychiatrie zu, nur psychopathologische Symptome zu verwenden, über deren An- und Abwesenheit Aussagen nur mit Hilfe operationaler Regeln gemacht werden können. Viele Grundbegriffe der Psychologie und Psychopathologie lassen sich mit Hilfe operationaler Definitionen nicht einführen. Mit seiner scharfen Forderung beraubt Kendell die Psychiatrie vieler ihrer wertvollen Begriffe und engt sie damit zu sehr ein.

Die Präzisierung von Regeln zur Entscheidung über die An- oder Abwesenheit eines Symptoms ist wünschenswert, jedoch vermissen wir bei Kendell das Bewußtsein, daß die Regeln das theoretische Konzept, das hinter den zu beschreibenden Symptomen steht, voraussetzen. Da wir auch die überlieferten psychiatrischen Diagnosen als theoretische Begriffe interpretieren, ist zu fordern, daß bei Untersuchungen zur Frage, ob sie Krank-

heitseinheiten repräsentieren, bei der Auswahl der zu verwendenden Symptome und des Verfahrens selbst das theoretische Hintergrundkonzept der Diagnosen berücksichtigt wird. Bei der Verwendung der Diskriminanzanalyse zum Nachweis psychiatrischer Krankheitseinheiten sehen wir, jedenfalls wie das bis jetzt geschehen ist, diese Forderung nicht erfüllt.

Die überlieferten Diagnosen der Psychiatrie haben sich bei den bisherigen diskriminanzanalytischen Untersuchungen nicht als klinische Einheiten erwiesen. Vertraut der Forscher seinem Verfahren, so sollte er die fraglichen Diagnosen konsequenterweise nicht mehr verwenden. Vertraut er dagegen den überlieferten diagnostischen Begriffen, so wird er bei der kritischen Würdigung der Untersuchungsergebnisse, die diese Begriffe in Frage stellen, zuallererst sein Untersuchungsverfahren daraufhin überprüfen müssen, ob der Zusammenhang zum vorausgesetzten theoretischen Hintergrund gewahrt ist.

Wir werden bei unseren Untersuchungen zeigen, wie sich das theoretische Konzept, das die Ärzte bei ihren theoretischen und prognostischen Entscheidungen benutzen, nämlich das nosologische System der Psychiatrie, in der klinischen Praxis auf das Erheben der psychopathologischen Symptome und die Festlegung der Diagnose überträgt.

Fünftes Kapitel

Empirische Untersuchung über den Zusammenhang zwischen psychopathologischer Symptomatik und psychiatrischer Diagnose

5.1. Fragestellung der Untersuchung

Kendell verwendet, wie bereits dargestellt (4. Kapitel), in seinen Untersuchungen zur psychiatrischen Diagnostik die Diskriminanzanalyse als operationales Verfahren, um die Existenz diskreter psychiatrischer Krankheitseinheiten nachweisen zu können. Trotz oder wegen seines relativ aufwendigen mathematisch-statistischen Untersuchungsverfahrens ist ihm ein solcher Nachweis bis heute nicht gelungen.

Uns sind für die vorliegende Untersuchung die psychopathologischen Daten von 1652 Patienten einer großen psychiatrischen Klinik und die diagnostischen Entscheidungen der Ärzte dieser Klinik bekannt. Wir wollen zeigen, wie sich der diagnostische Entscheidungsprozeß der Ärzte an bestimmten psychopathologischen Merkmalen orientiert hat.

Unser Interesse bei der Untersuchung gilt also speziell der Frage, ob die Existenz einer Abbildung erkennbar ist, die Symptome und Syndrome eindeutig bestimmten diagnostischen Gruppen zuordnet. Dazu führen wir folgende Untersuchungsschritte durch:

- a) Die Diagnosegruppen werden auf Ebene der Symptome und Syndrome miteinander verglichen. Die Symptom- und Syndromprofile verschiedener Diagnosegruppen werden bestimmt.
- b) Die Symptome und Syndrome werden bezüglich ihrer Wertigkeit für die einzelnen Diagnosegruppen untersucht. Die relative Verteilung der Diagnosegruppen für verschiedene Symptome und Syndrome wird ermittelt.

Die Annahme der Existenz der obengenannten Abbildung erscheint dann plausibel, wenn sich die diagnostischen Gruppen bezüglich ihrer Symptome und Syndrome in eindeutiger Weise unterscheiden.

Die Ergebnisse der Untersuchung sollen dann unter folgenden Aspekten bewertet werden:

- a) Stehen die Ergebnisse der Einzeluntersuchungen in Einklang mit klinischen Erfahrungen?
- b) Wie hoch ist das Auflösungsvermögen der einzelnen Untersuchungsverfahren im Hinblick auf die Trennung der Diagnosegruppen?

Antworten auf diese Fragen finden sich zum Teil in Abschnitt 5.4., zum Teil aber auch in der zusammenfassenden Diskussion des 6. Kapitels dieser Arbeit.

Der Zweck der Untersuchung liegt darin, die Ergebnisse in die Diskussion von Kendells Thesen zur psychiatrischen Diagnostik einzubringen und die wissenschaftstheoretische Kritik an seinen Ausführungen durch eine empirische Untersuchung zu ergänzen. Die entsprechende Darstellung ist Gegenstand des 6. Kapitels dieser Arbeit.

5.2. Methodik der Untersuchung

5.2.0. Vorbemerkungen

Wie aus dem letzten Abschnitt hervorgeht, wollen wir uns bei der vorliegenden Untersuchung mit dem Zusammenhang zwischen psychopathologischer Symptomatik und psychiatrischer Diagnose beschäftigen.

Nach der Darstellung der wesentlichen Fakten der Datenerhebung (Abschnitt 5.2.2.) und Datenauswertung (Abschnitt 5.2.3.) sowie der Beschreibung des untersuchten Patientengutes (Abschnitt 5.2.1.) wird detailliert erläutert, wie bei den einzelnen Untersuchungsschritten methodisch vorgegangen wird (Abschnitt 5.2.4.). Es werden allgemeine Bemerkungen zur Bewertung der Daten gemacht, die später bei der Darstellung (Abschnitt 5.3.) und Diskussion der Ergebnisse (Abschnitt 5.4.) Berücksichtigung finden.

Es soll darauf hingewiesen werden, daß methodische Anmerkungen vereinzelt auch bei der Darstellung der Ergebnisse eingeflochten werden, wenn dies im Sinne größerer Übersichtlichkeit notwendig erscheint.

5.2.1. Das Patientengut

Unsere Untersuchung umfaßt die psychopathologischen Befunde von 1652 Patienten, die 1976 in der Psychiatrischen Universitätsklinik München stationär behandelt worden sind. Die Daten, auf die sich die Auswertung bezieht, sind die Beobachtungsperioden der Patienten.

Tabelle 1: Absolute und relative Häufigkeitsverteilung
der diagnostischen Gruppen

Diagnosegruppe	ICD-Nr.	Fälle absolut	Fälle relativ in %
Manien (MAN)	296.1	30	1,8
Andere affektive Psychosen (depressive Form) oder depressive Psychosen (DPS)	296 (ohne 296.1) und/oder 298.0	346	20,9
Schizophrenien/ paranoide Syndrome (SCH)	295 und/oder 297	421	25,5
Körperlich begründbare Psychosen (KBP)	290 und/oder 291 und/oder 292 und/oder 293 und/oder 294	128	7,7
Andere Psychosen (AP)	298 (ohne 298.0) und/oder 299	31	1,9
Alkoholismus/Sucht (ASU)	303 und/oder 304	138	8,4
Depressive Neurosen (DNE)	300.4	187	11,3
Andere Neurosen/ Persön- lichkeitsstörungen (ANE)	300 (ohne 300.4) und/oder 301 und/oder 307	256	15,5
Andere Diagnosen		114	6,9
Ohne Diagnose		1	0,0

Zwei mindestens 14 Tage auseinanderliegende stationäre Aufenthalte eines Patienten gelten als zwei verschiedene Beobachtungsperioden.

Im Jahre 1976 sind 1798 Beobachtungsperioden registriert worden; davon wurden 146 für unsere Untersuchung jedoch nicht berücksichtigt. Diese 146 Beobachtungsperioden beziehen sich auf 58 Patienten, die nur zur Erstellung eines Gutachtens stationär aufgenommen worden sind, und auf 88 Patienten, deren Klinikaufenthalt nur ein bis zwei Tage gedauert hat. Ist ein Patient während des Jahres 1976 mehrmals stationär aufgenommen worden, so werden diese Klinikaufenthalte für unsere Untersuchung, unter den oben genannten Voraussetzungen, als jeweils neue Beobachtungsperiode gewertet.

5.2.2. Beschreibung der Datenerhebung

Für jeden Patienten wurde vom Arzt die Hauptdiagnose nach dem ICD-8 (55) verschlüsselt. Für die Untersuchung wurden die ICD-Diagnosen zu neun diagnostischen Gruppen zusammengefaßt. Die Tabelle 1 gibt die absolute und relative Häufigkeitsverteilung dieser Diagnosegruppen wieder.

Bei jedem stationär behandelten Patienten wurde der Aufnahme- und Entlassungsbefund mit Hilfe des AMP-Systems (2) dokumentiert. Die Untersuchung bezieht sich nur auf die Aufnahmebefunde der 1652 Beobachtungsperioden. Berücksichtigt werden hier die psychopathologischen Symptome des AMP-Beleges Blatt 3 und die vegetativen Symptome des AMP-Beleges Blatt 4. Die Symptomausprägungen wurden folgendermaßen codiert:

1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer; "fraglich vorhanden" oder "nicht beurteilbar" wurden genauso wie keine Eintragung mit 0 = nicht vorhanden, verschlüsselt.

Die AMP-Belege beinhalten neben anamnestischen Daten und Symptomen auch die ICD-8-Hauptdiagnose. Die Daten der AMP-Belege wurden über einen Markierungsbelegleser auf ein EDV-Band übertragen; dieses wurde in das Rechenzentrum des Klinikums München-Großhadern gebracht, wo mit den Daten eine Plattendatei eingerichtet wurde. Ein Transformationsprogramm erzeugte die für die Datenauswertung benötigte Satzstruktur.

Etwa 20 % der Markierungsbelege wurden aus technischen und organisatorischen Gründen nicht mit Hilfe des Markierungsbeleglesers gelesen. Die Daten dieser Belege wurden mit Hilfe von Lochkarten auf die externen Speicher des Rechners übertragen.

5.2.3. Beschreibung der Datenauswertung

Baumann hat 1974 auf der Grundlage des AMP-Systems 12 verschiedene Syndrome auf faktorenanalytischem Wege ermittelt (4). Bei unserer Untersuchung befassen wir uns nur mit den Syndromen S 1 bis S 10, da nur sie sich auf psychopathologische Symptome im engeren Sinne beziehen. Die Tabelle 2 führt diese 10 Syndrome auf. S 11 (vegetatives Syndrom) und S 12 (neurologisches Syndrom) gehen über die Psychopathologie hinaus und werden deshalb unberücksichtigt gelassen.

Die Syndrome setzen sich aus bis zu 13 Einzelsymptomen aus dem AMP-System zusammen. Durch eine Aufsummierung

der Symptomausprägungen eines Syndroms wird für jedes einzelne Syndrom ein Syndromscore ermittelt.

Die Syndrome S 1 bis S 10 enthalten zur Symptomverdichtung einige "und/oder"-Symptome (z.B. beim manischen Syndrom S 4: inkohärent/zerfahren und/oder Sprachzerfall/Neologismen). Wir haben jeweils beide Partnersymptome mit ihrer Ausprägung in den Syndromscore aufgenommen. Weil solche Symptome selten vorkommen, hat diese Abänderung des Verfahrens zur Berechnung der Syndrome keinen wesentlichen Einfluß auf den Summenscore.

Die Diagnosegruppe "Andere Psychosen", "Alkoholismus/Sucht" und "Andere Diagnosen" werden wegen ihrer heterogenen Zusammensetzung oder der zu geringen Stichprobenumfänge in der weiteren Darstellung der Untersuchung nicht mehr berücksichtigt.

Tabelle 2: Die Syndrome des AMP-Systems

(nach Baumann)

S 1 Apathisches Syndrom

- gehemmt
- verlangsamt
- gefühlsvorarm/affektarm
- antriebsarm
- antriebsgehemmt
- Gefühl der Gefühllosigkeit
- Verarmungsgefühl

S 2 Halluz.-desintegratives Syndrom

- Gedankeneingebung
- sonst. Fremdbeeinflussungserlebnisse
- Wahndynamik
- Stimmenhören
- optische Halluzinationen oder/und Geruchs- und Geschmackshalluzinationen
- Gedankenausbreitung, -entzug
- systematisierter Wahn
- andere akust. Halluzinationen
- Körperhalluz./Körpergefühlstörungen
- Störung der Ichidentität oder/und andere Entfremdungserlebnisse

S 3 Hostilitätssyndrom

- mißtrauisch/feindselig
- negativistisch
- Aggressionstendenzen, -handlungen
- mürrisch-gereizt, dysphorisch
- gespannt
- Mangel an Krankheitseinsicht
- Ablehnung der Behandlung
- Mangel an Krankheitsgefühl
- motorisch unruhig

S 4 Manisches Syndrom

- gehoben/euphorisch und/oder ekstatisch-verzückt
- beschleunigt/ideenflüchtig
- logorrhöisch
- Kontakt vermehrt
- läppisch
- gesteigertes Selbstwertgefühl
- antriebsgesteigert
- inkohärent/zerfahren und/oder Sprachzerfall/Neologismen
- motorisch unruhig

S 5 Somatisch-depressives Syndrom

- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen
- Verkürzung der Schlafdauer
- Krankheitsgefühl
- Appetit vermindert
- abends besser
- Suizidtendenzen, -handlungen
- Sexualität vermindert

S 6 Paranoides Syndrom

- Wahnwahrnehmungen
- Wahnvorstellung/Wahngedanken
- affektiv inadäquat
- eingeengt
- Vorbeireden
- Wahnstimmung
- Beziehungswahn
- Größenwahn
- Beeinträchtigungs-/Verfolgungswahn
- inkohärent/zerfahren und/oder Sprachzerfall/Neologismen

S 7 Katatonies Syndrom

- gesperrt
- stuporös
- mutistisch
- Kontakt vermindert
- Parakinesen/Stereotypien
- Beschäftigung erschwert
- maniert
- Nahrungsablehnung und/oder ißt nicht selbständig und/oder unselbständige Körperpflege und/oder läßt unter sich und/oder bettlägerig
- affektstarr

S 8 Gehemmt-depressives Syndrom

- hoffnungslos/verzweifelt
- Schuldgefühl
- Schuldwahn
- deprimiert/traurig
- Merkfähigkeitsstörungen
- Gedächtnisstörungen
- ratlos
- Insuffizienzgefühl
- Auffassungsstörungen

S 9 Hypochondrisches Syndrom

- klagsam/jammerig
- Hypochondrie
- Störung der Vitalgefühle
- hypochondrischer Wahn/Verarmungswahn
- umständlich
- ängstlich
- Gefühl der Gefühllosigkeit

S 10 Psychoorganisches Syndrom

- zeitliche Orientierungsstörung
- örtliche Orientierungsstörung
- situative Orientierungsstörung
- Orientierungsstörung über die eigene Person
- andere Orientierungsstörungen
- Auffassungsstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Merkfähigkeitsstörungen
- Gedächtnisstörungen
- Konfabulation
- umständlich
- perseverierend

5.2.4. Beschreibung der verwendeten statistischen Verfahren für die Bearbeitung der einzelnen Fragestellungen

5.2.4.1. Zusammenhang zwischen Syndromen und Diagnosegruppen

5.2.4.1.1. Mittelwertprofile der Syndrome für verschiedene Diagnosegruppen

Für jede Diagnosegruppe und jedes einzelne der 10 Syndrome werden die Mittelwerte berechnet. Es ergibt sich für jede einzelne Diagnosegruppe ein typisches Profil der Syndrommittelwerte $\bar{x}_1$ bis $\bar{x}_{10}$, dessen Darstellung und Erläuterung in Abschnitt 5.3.1.1. zu finden ist. Außerdem kann für die Menge aller Patienten das Mittelwertsprofil der Syndrome bestimmt werden (Syndromgesamtmittelwert).

Darüber hinaus wollen wir in Abschnitt 5.3.1.2. die Syndrommittelwertsprofile folgender Diagnosegruppen miteinander vergleichen: Schizophrenien und körperlich begründbare Psychosen, depressive Psychosen und Schizophrenien sowie depressive Psychosen und depressive Neurosen.

Es sei angemerkt, daß der maximal mögliche Syndromscore wegen der unterschiedlichen Anzahl von Einzelsymptomen von Syndrom zu Syndrom variiert. Daraus muß abgeleitet werden, daß unmittelbare Vergleiche im Bezug auf den Mittelwert nur innerhalb der Syndrome, nicht aber zwischen den verschiedenen Syndromen angestellt werden dürfen.

5.2.4.1.2. Verteilung der Diagnosegruppen für verschiedene Syndrome

Für jedes der Syndrome S 1 bis S 10 wurden die Syndromscores in Fünferschritten in Syndromklassen eingeteilt.

Syndromklasse I : Patienten mit Syndromscore 1 bis 5
Syndromklasse II : Patienten mit Syndromscore 6 bis 10
Syndromklasse III: Patienten mit Syndromscore 11 bis 15
Syndromklasse IV : Patienten mit Syndromscore 16 bis 20
Syndromklasse V : Patienten mit Syndromscore 21 bis 25
Syndromklasse VI : Patienten mit Syndromscore 26 bis 30

Die absolute und relative Verteilung der neun Diagnosegruppen für die Syndromklassen wurde ermittelt. Für jedes einzelne Syndrom ergibt die Addition der relativen Häufigkeiten 100 Prozent.

In Tabelle 4 werden die absoluten und die relativen Anteile von 4 Diagnosegruppen tabellarisch einander gegenübergestellt. Die prozentuale Verteilung der Diagnosegruppen für eine Syndromklasse ist in den Spalten dieser Tabelle, rechte Hälfte, aufgetragen. Die Folge der relativen Häufigkeiten in den Zeilen der Tabelle ist für jede Diagnosegruppe entweder

- a) monoton steigend oder
- b) monoton fallend oder
- c) regellos.

Wir werden die eben aufgeführten Gesetzmäßigkeiten in Abschnitt 5.3.1.2.1. benutzen, um im Zusammenhang darzustellen, wie sich die einzelnen Diagnosegruppen im Bezug auf die relativen Häufigkeiten unterscheiden.

5.2.4.2. Zusammenhang zwischen Symptomen und Diagnosegruppen

5.2.4.2.1. Mittelwertsprofil der Symptome für verschiedene Diagnosegruppen

Um in die Untersuchung auch die Ausprägung der Symptome einzubringen, werden die Mittelwerte der 154 Symptome für verschiedene Diagnosegruppen berechnet. Wir sind uns dabei natürlich im klaren, daß Mittelwerte hier nur in der Relation größer-kleiner gesehen werden dürfen.

Analog zu den Mittelwerten der Syndrome ergibt sich für jede einzelne Diagnosegruppe sowie für die Menge aller Patienten ein typisches Profil der Symptommittelwerte $\bar{s}_1$ bis $\bar{s}_{154}$. Bei der Darstellung der Ergebnisse in Abschnitt 5.3.2.1. werden wir wiederum die Mittelwertsprofile folgender Diagnosegruppen einander gegenüberstellen und vergleichen: Schizophrenien und körperlich begründbare Psychosen, depressive Psychosen und Schizophrenien sowie depressive Psychosen und depressive Neurosen. Um größere Übersichtlichkeit zu erreichen, müssen wir uns wegen der großen Zahl von Einzelsymptomen im Ergebnisteil auf die Darstellung und Diskussion einiger ausgewählter Symptome beschränken.

5.2.4.2.2. Verteilung der Diagnosegruppen bei den Symptomen

Jedem Patienten ist für jedes einzelne Symptom des AMP-Beleges eine Ausprägung von 0 bis 3 zugeordnet.

Die absolute und relative Verteilung der 9 Diagnosegruppen für die 3 Ausprägungen eines Symptoms wurde ermittelt.

Die Tabelle 7 stellt die relative Verteilung der 6 betrachteten Diagnosegruppen für die Symptomausprägungen dar. In den ersten 3 Spalten der Tabelle ist jeweils die prozentuale Verteilung für eine Ausprägung, in der 4. Spalte für das ganze Symptom aufgetragen. Die Folge der relativen Häufigkeiten in den Zeilen der Tabelle ist für jede Diagnosegruppe entweder monoton steigend oder monoton fallend oder regellos.

Bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Einzeluntersuchung muß der relative Anteil einer Diagnosegruppe an einer Symptomausprägung im Vergleich zum relativen Anteil der Diagnosegruppe am Gesamtpatientengut gesehen werden (vgl. Tabelle 1). Nur wenn der erstgenannte Wert den zweiten mindestens in Ausprägung 3 übersteigt, wird in Abschnitt 5.3.2.2.1. auf das Ergebnis eingegangen.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, daß die Ergebnisse in einzelnen Ausprägungen durch die geringe Fallzahl in ihrer Aussagekraft reduziert werden. In Abschnitt 5.3.2.2.1. wird nur auf solche Ausprägungen eingegangen, deren Fallzahl größer oder gleich 10 ist.

5.3. Darstellung der Ergebnisse der Untersuchung

5.3.0. Vorbemerkungen

Nachdem wir die Fragestellung der Untersuchung formuliert und die Methodik näher erläutert haben, wollen wir uns nun mit der Darstellung der Ergebnisse befassen. Diese Darstellung umfaßt verschiedene Tabellen, zu denen Anmerkungen bereits in Abschnitt 5.2. zu finden sind, außerdem eine Beschreibung des Inhalts der Tabellen sowie, wenn es sinnvoll erscheint, gezielte Vergleiche und Gegenüberstellungen der Einzelergebnisse.

Beginnen wollen wir mit der Darstellung der Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Syndromen und Diagnosegruppen (Abschnitt 5.3.1.). Wir erfassen ihn einerseits mit den Mittelwertsprofilen der Syndrome für verschiedene Diagnosegruppen (Abschnitt 5.3.1.1.), andererseits mit der Verteilung der Diagnosegruppen für verschiedene Syndrome (Abschnitt 5.3.1.2.). Anschließend erläutern wir, welche Ergebnisse unsere Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Symptomen und Diagnosegruppen erbracht hat. Wiederum beschreiben wir zum einen die Mittelwertsprofile der Symptome für verschiedene Diagnosegruppen (Abschnitt 5.3.2.1.), zum anderen die Verteilung der Diagnosegruppen bei den nach Ausprägung gegliederten Symptomen (Abschnitt 5.3.2.2.).

Die Diskussion der Ergebnisse der Einzeluntersuchungen bleibt Abschnitt 5.4. vorbehalten; eine Betrachtung der Ergebnisse im Hinblick auf die Fragestellung dieser Arbeit erfolgt im 6. Kapitel.

5.3.1. Zusammenhang zwischen Syndromen und Diagnosegruppen

5.3.1.1. Mittelwertsprofile der Syndrome für verschiedene Diagnosegruppen

5.3.1.1.0. Vorbemerkungen

Ziel dieser Einzeluntersuchung ist es herauszufinden, ob sich auf Syndromebene die Mittelwertsprofile für verschiedene Diagnosegruppen unterscheiden.

Die Mittelwerte der Syndrome für 6 Diagnosegruppen sind in Tabelle 3 dargestellt. Jeweils in der letzten Zeile der Tabelle findet sich der Syndrommittelwert für die Menge aller Patienten. Wir werden die Ergebnisse der Tabelle, nach Syndromen gegliedert, zunächst in Abschnitt 5.3.1.1.1. beschreiben. Dabei gehen wir nur auf Diagnosegruppen ein, deren Mittelwert höher liegt als der Syndrommittelwert aller an der Untersuchung beteiligten Patienten. Danach werden wir in Abschnitt 5.3.1.1.2. die Mittelwertsprofile ausgewählter Diagnosegruppen einander gegenüberstellen. Das Diagramm 3 veranschaulicht diesen Vergleich in der graphischen Darstellung.

5.3.1.1.1. Beschreibung der Ergebnisse

Es werden die Syndrommittelwerte der einzelnen Diagnosegruppen miteinander verglichen. Die folgende Beschreibung bezieht sich auf den Inhalt der Tabelle 3.

S 1 Apathisches Syndrom

Über dem Gesamtmittelwert aller Patienten von 2,12 liegen nur die depressiven Psychosen mit 3,62. Alle übrigen Diagnosegruppen liegen unterhalb des Gesamtmittelwertes.

S 2 Halluzinativ-desintegratives Syndrom

Die Schizophrenien erreichen mit 3,42 den höchsten Mittelwert. Nur die körperlich begründbaren Psychosen übertreffen mit 1,66 noch den Gesamtmittelwert von 1,29.

S 3 Hostilitätssyndrom

Hier zeigen die Manien mit 7,00 den höchsten Wert. Es folgen die Schizophrenien mit 5,83 und die körperlich begründbaren Psychosen mit 4,31. Der Gesamtmittelwert liegt bei 3,63.

S 4 Manisches Syndrom

Deutlich setzen sich hier wiederum die Manien mit 11,13 ab. Nur die Schizophrenien mit 4,00 und die körperlich begründbaren Psychosen mit 2,86 übertreffen noch den Gesamtmittelwert von 2,28.

S 5 Somatisch-depressives Syndrom

Nur die depressiven Psychosen mit 8,31 und die depressiven Neurosen mit 6,74 kommen über dem Gesamtmittelwert von 5,74 zu liegen.

S 6 Paranoides Syndrom

Den höchsten Mittelwert erreichen mit 6,03 die Schizophrenien, deutlich abgesetzt von den Manien mit 3,50 und den körperlich begründbaren Psychosen mit 3,20. Der Gesamtmittelwert beträgt 2,63.

S 7 Katatonies Syndrom

Hier fällt auf, daß die Schizophrenien mit 3,08, die körperlich begründbaren Psychosen mit 2,63 und die depressiven Psychosen nur geringfügig vom Gesamtmittelwert von 2,26 abweichen.

S 8 Gehemmt-depressives Syndrom

Den Gesamtmittelwert von 4,58 übertreffen nur die depressiven Psychosen mit 7,08, die körperlich begründbaren Psychosen mit 5,24 und die depressiven Neurosen mit 5,00.

S 9 Hypochondrisches Syndrom

Die depressiven Psychosen liegen, deutlich abgesetzt von den depressiven Neurosen mit 2,81, mit 4,67 über dem Gesamtmittelwert von 2,73.

S 10 Psychoorganisches Syndrom

Der niedrige Gesamtmittelwert von 0,51 zeigt an, daß die Symptome dieses Syndroms bei den Patienten relativ selten anzutreffen waren. Den höchsten Wert erreichen die körperlich begründbaren Psychosen mit 0,84, gefolgt von den Schizophrenien mit 0,51.

Alles in allem ist festzustellen, daß sich bei allen Syndromen durchaus Unterschiede im Bezug auf ihre Syndrommittelwerte zeigen. Im folgenden Abschnitt werden wir diese Unterschiede näher herausarbeiten.

5.3.1.1.2. Gegenüberstellung ausgewählter Syndromprofile

Bei der folgenden Darstellung wird Bezug genommen auf das Diagramm 2.

Bei der Gegenüberstellung der Syndrommittelwerte von depressiven Psychosen und depressiven Neurosen fällt auf, daß die Mittelwerte der depressiven Psychosen bei allen Syndromen durchgehend höher liegen; sämtliche Syndrome scheinen bei ihnen eine stärkere Ausprägung zu haben.

Ein ähnliches Bild ergibt der Vergleich von Schizophrenien und körperlich begründbaren Psychosen; bei den Syndromen S 1 bis S 9 verzeichnen die Schizophrenien einen höheren Syndrommittelwert, nur beim Gehemmt-depressiven Syndrom S 8 und beim Psychoorganischen Syndrom S 10 stellen sich die Verhältnisse umgekehrt dar.

Bei der Gegenüberstellung von depressiven Psychosen und Schizophrenien ergibt sich, daß die depressiven Psychosen beim Apathischen Syndrom S 1, beim Somatisch-depressiven Syndrom S 5, beim Gehemmt-depressiven Syndrom S 8 und beim Psychoorganischen Syndrom S 10 höhere Syndrommittelwerte erreichen, während dagegen die Schizophrenien beim Halluzinatorisch-desintegrativen Syndrom S 2, beim Hostilitätssyndrom S 3, beim Manischen Syndrom S 4, beim Paranoiden Syndrom S 6 und beim Katatonen Syndrom S 7 höhere Mittelwerte aufweisen. Mit Aufnahme des Syndroms S 7 und S 10 sind die Differenzen der Syndrommittelwerte beträchtlich.

Man könnte aus diesen Ergebnissen folgern, daß körperlich begründbare Psychosen zu Schizophrenien in gleicher

Relation stehen wie die depressiven Neurosen zu den depressiven Psychosen. Die jeweils erstgenannten Diagnosegruppen scheinen nur eine abgeschwächte Variante der letztgenannten zu sein. Ohne der Diskussion der Ergebnisse vorgreifen zu wollen, müssen wir schon jetzt feststellen, daß eine Beschreibung von Diagnosegruppen über Syndrommittelwertsprofile klinische Erfahrungen nur sehr ungenau widerspiegelt, und wir deshalb untersuchen müssen, ob ein anderer methodischer Zugang auf Syndromebene plausible Ergebnisse liefert.

Tabelle 3: Mittelwerte der Syndrome für die Diagnosegruppen

<u>Diagnosegruppen</u>	<u>Syndrome</u>									
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10
Manien	0,17	1,13	7,00	11,13	5,07	3,50	1,03	1,50	0,43	0,37
Depressive Psychosen	3,62	0,52	2,59	1,54	8,31	1,68	2,39	7,08	4,67	0,37
Schizophrenien	2,01	3,42	5,83	4,00	4,98	6,03	3,08	3,72	2,12	0,51
Körperlich begründbare Psychosen	1,98	1,66	4,31	2,86	4,98	3,20	2,63	5,24	2,09	0,84
Depressive Neurosen	1,88	0,10	2,17	0,65	6,74	0,46	1,57	5,00	2,81	0,29
andere Neurosen	1,47	0,32	2,43	1,01	4,84	0,96	1,80	3,64	2,72	0,29
alle Patienten	2,12	1,29	3,63	2,28	5,72	2,63	2,26	4,58	2,73	0,51

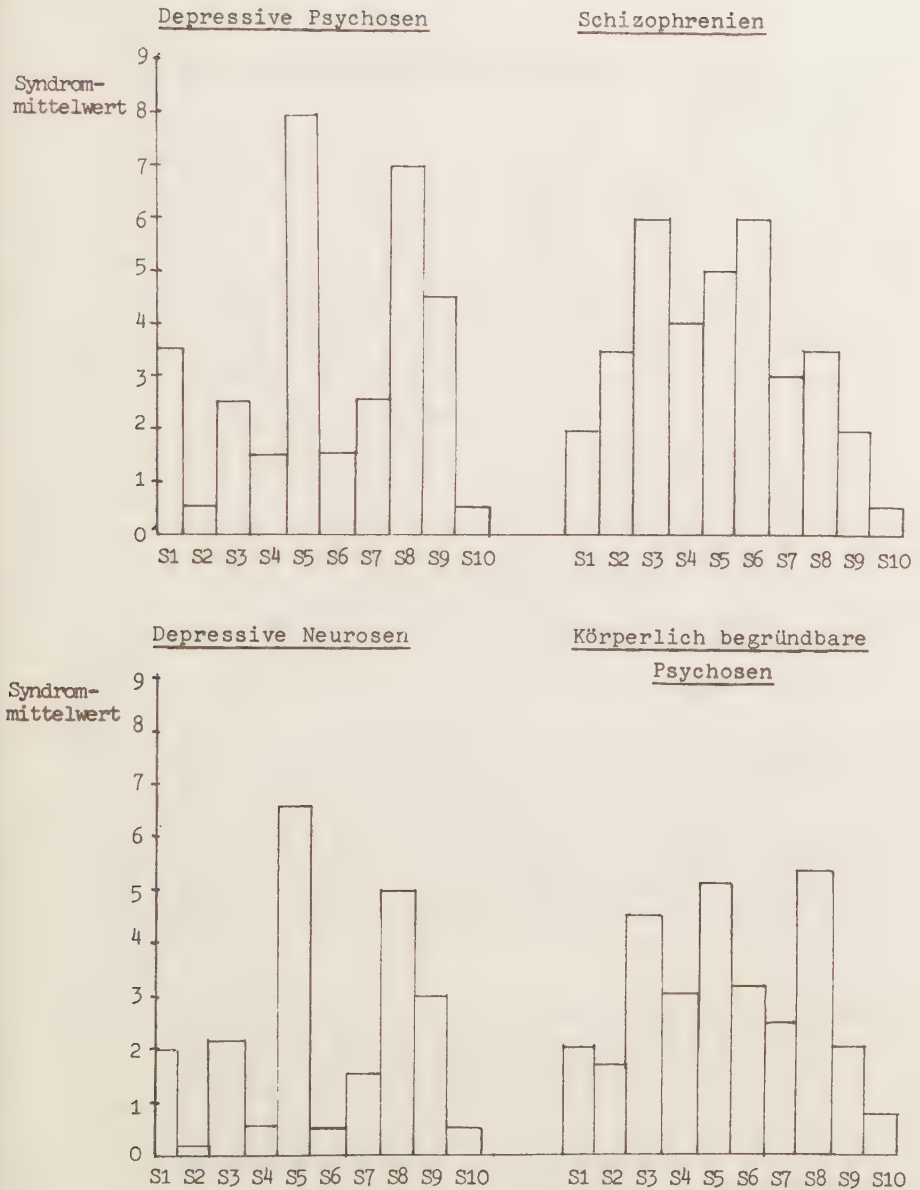


Diagramm 2: Syndrommittelwertsprofile der Diagnosegruppen

5.3.1.2. Verteilung der Diagnosegruppen für verschiedene Syndrome

5.3.1.2.0. Vorbemerkungen

Nachdem wir den Zusammenhang zwischen Syndromen und Diagnosegruppen anhand der Mittelwertsprofile der Syndrome untersucht haben, wählen wir nunmehr den Zugang zu unserer Fragestellung über eine Darstellung der Verteilung der Diagnosegruppen für die Syndrome. Die Ergebnisse unserer Untersuchung sind der Tabelle 4 zu entnehmen. In dieser Tabelle gibt die linke Hälfte die absolute Verteilung der Diagnosegruppen für die Syndrome, die rechte Hälfte die relative Verteilung in Prozent wieder. Jedes der 10 Syndrome wird gesondert dargestellt, wobei die verschiedenen Syndromklassen wiederum einzeln aufgeführt werden (vgl. Abschnitt 5.2.4.1.2.).

In Abschnitt 5.3.1.2.1. wird beschrieben, inwieweit die Folge der relativen Häufigkeiten in den Zeilen der Tabelle für eine bestimmte Diagnosegruppe monoton steigend (ms), monoton fallend (mf) oder regellos (rl) ist. Das Diagramm 3 verdeutlicht die Verhältnisse exemplarisch am Beispiel des Apathischen Syndroms S 1.

Abschließend wird anhand einer tabellarischen Auflistung in Abschnitt 5.3.1.2.2. nochmals zusammengefaßt und verglichen, wie sich die Diagnosegruppen bezüglich ihrer relativen Häufigkeiten innerhalb der einzelnen Syndrome verhalten. Die dabei verwendeten Abkürzungen sind bereits angegeben worden.

5.3.1.2.1. Beschreibung der Ergebnisse

Die Folge der relativen Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei den verschiedenen Syndromen unterliegt, wie sich aus den Daten der Tabelle 4 ergibt, gewissen Gesetzmäßigkeiten. Wir erhoffen uns von diesem Untersuchungsansatz aufschlußreichere Aussagen zur Frage, wie diagnostische Entscheidungen der klinischen Praxis zu erklären sind. Methodische Details der Untersuchung wurden in Abschnitt 5.2.4.1.2. erläutert.

Es zeigt sich, daß die Folge der relativen Häufigkeiten in den Zeilen der Tabelle 4 monoton steigend für folgende Diagnosegruppen und Syndrome ist:
Für die depressiven Psychosen bei den Syndromen S 1, S 5, S 8, S 9 und S 10,
für die Schizophrenien bei den Syndromen S 2, S 3, S 4, S 6 und S 7,
für die körperlich begründbaren Psychosen beim Syndrom S 10,
für die depressiven Neurosen bei keinem der Syndrome.

Die Folge der relativen Häufigkeiten in den Zeilen der Tabelle 4 ist monoton fallend für folgende Diagnosegruppen und Syndrome:
Für die depressiven Psychosen bei den Syndromen S 2, S 3, S 4 und S 6,
für die Schizophrenien bei den Syndromen S 5, S 8, S 9 und S 10,
für die körperlich begründbaren Psychosen bei den Syndromen S 2, S 5, S 8 und S 9,
für die depressiven Neurosen bei den Syndromen S 1, S 2, S 3, S 4, S 6, S 7, S 9 und S 10.

Die Folge der relativen Häufigkeiten in den Zeilen der Tabelle 4 ist regellos für folgende Diagnosegruppen und Syndrome:

Für die depressiven Psychosen beim Syndrom S 7,
für die Schizophrenien beim Syndrom S 1,
für die körperlich begründbaren Psychosen bei den Syndromen S 1, S 3, S 4, S 6 und S 7,
für die depressiven Neurosen bei den Syndromen S 5 und S 8.

Wir weisen darauf hin, daß in den höheren Syndromklassen (etwa ab Klasse IV) die Fallzahl oft so gering ist, daß die Ergebnisse nur eingeschränkte Gültigkeit haben können. Im Hinblick auf die vorangehende Beschreibung bedeutet dies, daß eventuelle Abweichungen vom Monotonieverhalten, die in diesen Syndromklassen auftreten, nicht berücksichtigt werden.

Weiterhin ist es im Zusammenhang mit der Erläuterung der Daten wichtig, die relative Diagnoseverteilung aller Patienten zu berücksichtigen. Ein relativer Anteil einer Diagnosegruppe an einer Syndromklasse gewinnt erst dann Aussagekraft, wenn er wesentlich größer oder kleiner als der relative Anteil dieser Patientengruppe am Gesamtpatientengut ist. Wir wollen diesen Sachverhalt an einem Beispiel erläutern: Betrachten wir das Apathische Syndrom S 1 und die Diagnosegruppe "depressive Psychosen", so erkennen wir, daß erst ab Syndromklasse IV (Syndromscore 16 bis 20) mit einem relativen Anteil von 54,3 % ein Wert erreicht wird, der deutlich über dem relativen Anteil von 20,9 % der depressiven Psychosen am Gesamtpatientengut liegt (vgl. Diagramm 3).

Tabelle 4: Die Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei den Syndromen

S 1 Apathisches Syndrom	Fälle absolut Syndromklasse				Relative Häufigkeit in Prozent Syndromklasse			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Depressive Psychosen	160	68	20	2	21,5	41,7	44,0	100,0
Schizophrenien	174	42	7	0	23,4	25,8	15,6	0,0
Körperlich begründbare Psych.	54	15	1	0	7,2	9,2	2,2	0,0
Depressive Neurosen	112	10	3	0	15,0	6,1	6,7	0,0
S 2 Hall.-desint. Syndrom	Fälle absolut Syndromklasse				Relative Häufigkeit in Prozent Syndromklasse			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Depressive Psychosen	45	5	2	0	13,9	5,3	7,7	0,0
Schizophrenien	177	71	20	8	54,6	74,7	76,9	66,7
Körperlich begründbare Psych.	42	10	1	0	12,9	10,5	3,8	0,0
Depressive Neurosen	9	0	0	0	2,8	0,0	0,0	0,0
S 3 Hostilitätssyndrom	Fälle absolut Syndromklasse				Relative Häufigkeit in Prozent Syndromklasse			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Depressive Psychosen	150	53	8	3	19,1	17,7	9,5	1,0
Schizophrenien	181	110	49	31	23,0	36,7	58,3	77,5
Körperlich begründbare Psych.	54	34	8	1	6,9	11,9	9,5	3,2
Depressive Neurosen	114	13	1	1	14,5	4,3	1,2	3,2

	Fälle absolut Syndromklasse				Relative Häufigkeit in Prozent Syndromklasse			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<u>S 4 Manisches Syndrom</u>								
Depressive Psychosen	110	19	6	2	20,2	13,8	10,5	8,0
Schizophrenien	150	65	29	15	27,6	47,1	50,9	60,0
Körperlich begründbare Psych.	46	20	5	1	8,5	14,5	8,7	4,0
Depressive Neurosen	46	2	1	0	8,5	1,5	1,8	0,0
<u>S 5 Somatisch-depr. Syndrom</u>								
Depressive Psychosen	87	134	114	36	14,0	24,0	54,3	58,3
Schizophrenien	176	132	44	3	28,3	23,7	21,0	8,3
Körperlich begründbare Psych.	48	35	9	2	7,7	6,3	4,3	5,5
Depressive Neurosen	55	81	28	4	8,8	14,5	13,3	11,1
<u>S 6 Paranoides Syndrom</u>								
Depressive Psychosen	165	18	5	1	28,2	8,7	6,1	7,1
Schizophrenien	148	129	65	10	25,2	62,0	79,3	71,4
Körperlich begründbare Psych.	55	27	5	1	9,4	12,9	6,1	7,1
Depressive Neurosen	41	2	0	0	4,1	1,0	0,0	0,0
<u>S 7 Katatonies Syndrom</u>								
Depressive Psychosen	189	33	6	2	20,9	24,8	16,7	33,3
Schizophrenien	231	55	18	3	25,6	41,3	50,0	50,0
Körperlich begründbare Psych.	64	17	2	0	7,1	12,8	5,6	0,0
Depressive Neurosen	113	6	0	0	12,5	4,5	0,0	0,0

	Fälle absolut Syndromklasse				Relative Häufigkeit in Prozent Syndromklasse			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
<u>S 8 Gehemmt-depr. Syndrom</u>								
Depressive Psychosen	128	127	59	15	16,1	29,1	50,0	62,5
Schizophrenien	213	84	17	6	26,8	19,3	14,4	25,0
Körperlich begründbare Psych.	52	41	15	0	6,5	9,4	12,7	0,0
Depressive Neurosen	26	72	7	1	12,1	22,9	5,9	4,2
<u>S 9 Hypochondr. Syndrom</u>								
Depressive Psychosen	176	118	13	0	19,0	47,0	65,0	0,0
Schizophrenien	240	37	2	0	25,9	14,7	10,0	0,0
Körperlich begründbare Psych.	75	10	0	0	8,1	8,5	0,0	0,0
Depressive Neurosen	125	28	0	0	13,5	11,2	0,0	0,0
<u>S 10 Psychoorgan. Syndrom</u>								
Depressive Psychosen	123	3	0	0	29,2	30,0	0,0	0,0
Schizophrenien	114	0	0	0	27,1	0,0	0,0	0,0
Körperlich begründbare Psych.	42	2	0	0	10,0	20,0	0,0	0,0
Depressive Neurosen	28	2	0	0	6,7	20,0	0,0	0,0

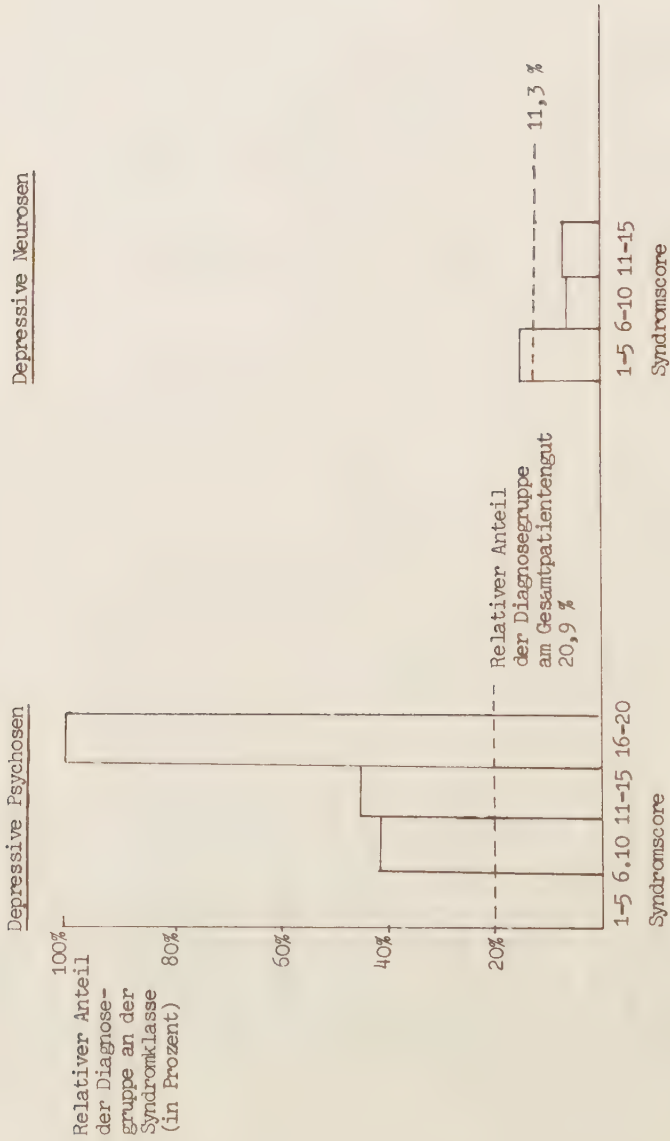


Diagramm 3: Relative Anteile von depressiven Neurosen und Psychosen bei den Syndromklassen des Apathischen Syndromes S 1

Körperlich begründbare Psychosen und Schizophrenien zeigen unterschiedliches Monotonieverhalten bei den Syndromen S 2, S 3, S 4, S 6, S 7 und S 10.

Für die depressiven Psychosen und die Schizophrenien ist voneinander abweichendes Monotonieverhalten bei allen Syndromen festzustellen.

Wir hatten in Abschnitt 5.3.1.1.2. dargelegt, daß die Syndrommittelwertsprofile die obengenannten Diagnosegruppen nur recht unbefriedigend voneinander trennen. Wenn wir uns den Inhalt der Tabelle 5 vergegenwärtigen, scheinen wir mit einer Analyse der Verteilung der Diagnosegruppen für verschiedene Syndrome bereits eine bessere Unterscheidungsmöglichkeit zur Verfügung zu haben. Dennoch gilt es in weiteren Untersuchungsschritten herauszufinden, ob nicht auf Ebene der Symptome eine größere Trennschärfe für die Diagnosegruppen zu erreichen ist.

5.3.2. Zusammenhang zwischen Symptomen und Diagnosegruppen

5.3.2.1. Mittelwertsprofile der Symptome für verschiedene Diagnosegruppen

5.3.2.1.0. Vorbemerkungen

Wir haben uns im vorangehenden Abschnitt der Arbeit mit den Ergebnissen befaßt, die unsere Untersuchung über den Zusammenhang zwischen Syndromen und Diagnose-

gruppen erbracht hat. Nun wechseln wir auf die Symptommittelwerte über und wollen darstellen, welche Symptommittelwerte sich für die einzelnen Diagnosegruppen ergeben.

Diese Symptommittelwerte sind für 50 ausgewählte Symptome aus der Tabelle 6 zu entnehmen. Die vier ersten Spalten geben die Mittelwerte für einzelne Diagnosegruppen wieder, die 5. Spalte den für alle Patienten. Eine detaillierte Beschreibung für jedes einzelne Symptom erscheint uns nicht nutzbringend; stattdessen gehen wir näher auf solche Symptome ein, die uns beim Vergleich einzelner Diagnosegruppen besonders relevant erscheinen.

5.3.2.1.1. Beschreibung und Vergleich ausgewählter Mittelwertsprofile

Es werden in diesem Untersuchungsabschnitt die Symptommittelwerte einzelner Diagnosegruppen miteinander verglichen. Die Daten sind der Tabelle 6 zu entnehmen.

Die Ergebnisse machen deutlich, daß Schuldwahn (39) und Verarmungswahn (41) bei den depressiven Neurosen, im Gegensatz zu den depressiven Psychosen, nicht vorkommen. Der Hypochondrische Wahn (40) und das "Gefühl der Gefühllosigkeit" (64) zeigen bei den depressiven Psychosen erheblich höhere Mittelwerte. Andere Symptome, wie z.B. deprimiert/traurig (66) und antriebsarm (87), ergeben für die depressiven Psychosen gleichfalls höhere Mittelwerte, doch ist der Abstand zu den depressiven Neurosen geringer als bei den vorgenannten Beispielen.

Beim Vergleich der körperlich begründbaren Psychosen und der Schizophrenien wollen wir besonders auf die Gruppe der Orientierungs-, Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsstörungen eingehen. Erwartungsgemäß resultieren für die Symptome entsprechenden Inhaltes (zeitlich desorientiert (5), örtlich desorientiert (6), situativ desorientiert (7), Auffassungs- (10), Konzentrations- (11), Merkfähigkeits- (12), Gedächtnisstörungen (13), Konfabulation (14)) Mittelwerte, die bei den körperlich begründbaren Psychosen deutlich höher liegen.

Abschließend soll der Vergleich der depressiven Psychosen mit den Schizophrenien aufgeschlüsselt dargestellt werden. Der Mittelwert der Schizophrenien ist für die Symptome örtlich desorientiert (6), situativ desorientiert (7), Konfabulation (14), beschleunigt/ideenflüchtig (22), Vorbeireden (23), inkohärent (24), Gedankenabreißen (25), Beeinträchtigungs-/ Verfolgungswahn (44), Stimmenhören (48), Störung der Ich-Identität (54), Autismus (56), Gedankenausbreitung (57), Gedankenentzug (58), Gedankeneingebung (59), gehoben/euphorisch (69), affektiv inadäquat (82), mutistisch (90), Parakinesen (93), negativistisch (94), maniriert (95), Sprachzerfall/Neologismen (96), logorrhöisch (97), Mangel an Krankheitsgefühl (106) und Mangel an Krankheitseinsicht (107) mindestens doppelt so hoch wie der der depressiven Psychosen.

Umgekehrt liegen die Verhältnisse bei den Symptomen Hypochondrie (nicht wahnhaft) (27), Verarmungswahn (41), Gefühl der Gefühllosigkeit (64), Störung der Vitalgefühle (65), deprimiert/traurig (66), antriebsgehemmt (88) und abends besser (99).

Schließlich ist bei den Symptomen zeitlich desorientiert (5), Auffassungsstörungen (10), Konzentrationsstörungen (11), Merkfähigkeitsstörungen (12), Gedächtnisstörungen (13), gehemmt (16), gesperrt (17), verlangsamt (18), eingeengt (19), umständlich (20), perseverierend (21), Schuldwahn (39), Hypochondrischer Wahn (40), mürrisch gereizt/dysphorisch (70), ambivalent (81), affektinkontinent (84), affektstarr (85), antriebsarm (87), und stuporös (89) die Höhe der Symptommittelwerte ungefähr gleich (Verhältnis der Symptommittelwerte kleiner als zwei zu eins).

Wir hatten in Abschnitt 5.3.1.1.2. festgestellt, daß sich im Bezug auf die Mittelwerte der Syndrome depressive Neurosen zu depressiven Psychosen wie körperlich begründbare Psychosen zu Schizophrenien verhalten, und daß die jeweils erstgenannte Diagnosegruppe nur als in der psychopathologischen Symptomatik abgeschwächte Variante der letztgenannten erscheint. Nunmehr können wir anmerken, daß diese Relation bei der Betrachtung der Mittelwerte der Symptome nicht erkennbar wird. Körperlich begründbare Psychosen weisen in ganz bestimmten Symptomen höhere Mittelwerte als die Schizophrenien auf, und bei den depressiven Psychosen sind Symptome zu erkennen, die bei den depressiven Neurosen nicht vorkommen.

Tabelle 6: Die Mittelwerte der Symptome für die Diagnose-
gruppen

	Diagnosegruppe				
	DPS	SCH	KBP	DNE	ALLE
AMP - Symptom					
5 zeitlich desorientiert	0,08	0,14	0,84	0,01	0,16
6 örtlich desorientiert	0,04	0,10	0,70	0,00	0,11
7 situativ desorientiert	0,03	0,15	0,67	0,00	0,13
10 Auffassungsstörungen	0,36	0,45	0,84	0,12	0,37
11 Konzentrationsstörungen	1,01	1,01	1,33	0,39	0,84
12 Merkfähigkeitsstörungen	0,61	0,32	0,94	0,14	0,39
13 Gedächtnisstörungen	0,40	0,24	0,92	0,12	0,31
14 Konfabulation	0,03	0,12	0,36	0,01	0,08
16 gehemmt	0,49	0,33	0,20	0,14	0,26
17 gesperrt	0,11	0,21	0,04	0,02	0,09
18 verlangsamt	0,68	0,43	0,64	0,27	0,45
19 eingeengt	0,80	0,61	0,46	0,32	0,50
20 umständlich	0,38	0,26	0,39	0,19	0,29
21 perseverierend	0,35	0,24	0,45	0,10	0,22
22 beschleunigt/ideenflüchtig	0,19	0,52	0,31	0,08	0,28
23 Vorbeireden	0,09	0,51	0,46	0,03	0,23
24 inkohärent	0,07	0,69	0,43	0,02	0,27
25 Gedankenabreißen	0,03	0,30	0,09	0,00	0,11
27 Hypochondrie (n, wahnh.)	0,32	0,09	0,09	0,18	0,20
39 Schuldwahn	0,19	0,14	0,02	0,00	0,08
40 Hypochondrischer Wahn	0,07	0,11	0,05	0,01	0,05
41 Verarmungswahn	0,12	0,02	0,04	0,00	0,03
44 Beeintr.-/Verfolg.-wahn	0,13	0,78	0,33	0,00	0,28
48 Stimmenhören	0,08	0,45	0,32	0,02	0,17
54 Störungen d. Ich-Identität	0,06	0,30	0,07	0,02	0,11
56 Autismus	0,06	0,30	0,03	0,04	0,11
57 Gedankenausbreitung	0,01	0,16	0,02	0,00	0,05
58 Gedankenentzug	0,00	0,07	0,00	0,00	0,02

	Diagnosegruppe				
	DPS	SCH	KBP	DNE	alle
AMP - Symptom					
59 Gedankeneingebung	0,02	0,17	0,04	0,00	0,06
64 Gefühl d. Gefühllosigkeit	0,38	0,06	0,09	0,09	0,12
65 Störung d. Vitalgefühle	1,32	0,38	0,30	0,73	0,62
66 deprimiert/traurig	1,84	0,75	0,85	1,75	1,18
69 gehoben/euphorisch	0,10	0,43	0,30	0,02	0,32
70 mürrisch gereizt/dysph.	0,25	0,47	0,45	0,35	0,37
81 ambivalent	0,27	0,36	0,18	0,34	0,27
82 affektiv inadäquat	0,16	0,64	0,30	0,05	0,30
84 affektinkontinent	0,22	0,17	0,34	0,13	0,18
85 affektstarr	0,44	0,52	0,38	0,18	0,34
87 antriebsarm	0,98	0,56	0,56	0,79	0,66
88 antriebsgehemmt	0,53	0,24	0,15	0,29	0,28
89 stuporös	0,07	0,12	0,05	0,03	0,07
90 mutistisch	0,08	0,22	0,07	0,03	0,10
93 Parakinesen	0,07	0,14	0,13	0,01	0,08
94 negativistisch	0,08	0,19	0,06	0,09	0,10
95 maniert	0,03	0,24	0,06	0,02	0,10
96 Sprachzerf./Neologismen	0,00	0,07	0,05	0,00	0,02
97 logorrhöisch	0,15	0,34	0,16	0,06	0,20
99 abends besser	0,72	0,11	0,10	0,29	0,26
106 Mangel an Kr.h.-gefühl	0,17	0,71	0,63	0,14	0,39
107 Mangel an Kr.h.-einsicht	0,36	1,07	0,80	0,28	0,62

Abkürzungen:

DPS = Depressive Psychosen

SCH = Schizophrenien

KBP = Körperlich begründbare Psychosen

DNE = Depressive Neurosen

5.3.2.2. Verteilung der Diagnosegruppen bei den Symptomen

5.3.2.2.0. Vorbemerkungen

In analogem Vorgehen zu unseren Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Syndromen und Diagnosegruppen ergänzen wir die Darstellung der Mittelwertprofile der Symptome, die Inhalt des vorangehenden Abschnitts gewesen ist, durch die Analyse der Verteilung der Diagnosegruppen bei den Symptomen.

Die relativen Häufigkeiten der Diagnosegruppen für die Ausprägungen der einzelnen Symptome sind in den Spalten der Tabelle aufgetragen (prozentuale Anteile). Der Abschnitt 5.3.2.2.1. listet für jede Diagnosegruppe jene Symptome auf, für die die Spalten der Tabelle 7 monoton steigendes Verhalten ausweisen. Darüber hinaus werden Diagnosegruppen und Symptome aufgeführt, bei denen der relative Anteil der Diagnosegruppe in jeder der 3 Ausprägungen mindestens das eineinhalbfache des relativen Anteils der Diagnosegruppe am Gesamtpatientengut ausmacht.

5.3.2.2.1. Beschreibung und Vergleich der Ergebnisse

Die Verteilung der relativen Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei den Symptomen ist in der Tabelle 7 dargestellt.

Die Zeilen der Tabelle 7 weisen monoton steigendes Verhalten aus für die relativen Anteile folgender Diagnosegruppen und Symptome:

Depressive Psychosen

gesperrt (17)
Verarmungswahn (41)
Gefühl der Gefühllosigkeit (64)
Störung der Vitalgefühle (65)
deprimiert/traurig (66)
affektstarr (85)
antriebsarm (87)
antriebsgehemmt (88)
negativistisch (94)
abends besser (99)

Schizophrenien

Konzentrationsstörungen (11)
Konfabulation (14)
beschleunigt (22)
Gedankenabreißen (25)
hypochondrischer Wahn (40)
Autismus (56)
Gedankenentzug (58)
gehoben/euphorisch (69)
mürrisch gereizt/dysphorisch (70)
affektiv inadäquat (82)
affektinkontinent (84)
mutistisch (90)
logorrhöisch (97)
Mangel an Krankheitsgefühl (106)
Mangel an Krankheitseinsicht (107)

Körperlich begründbare Psychosen

zeitlich desorientiert (5)
örtlich desorientiert (6)
situativ desorientiert (7)
Konzentrationsstörungen (10)
Aufmerksamkeitsstörungen (11)
Merkfähigkeitsstörungen (12)
umständlich (20)
perseverierend (21)
Vorbeireden (23)
inkohärent (24)
affektinkontinent (84)
Parakinesen/Stereotypien (93)
Sprachzerfall/Neologismen (96)

Es folgen nun jene Symptome, bei denen der relative Anteil der genannten Diagnosegruppen in allen 3 möglichen Ausprägungen mindestens das eineinhalbfache des relativen Anteils der Diagnosegruppe am Gesamt-patientengut ausmacht.

Depressive Psychosen

gehemmt (16)
Schuldwahn (39)

Schizophrenien

gesperrt (17)
Vorbeireden (23)
inkohärent (24)
Gedankenausbreitung (57)
Gedankeneingebung (58)
maniriert (95)
Parakinesen (93)
negativistisch (94)
Sprachzerfall/Neologismen (96)

Körperlich begründbare Psychosen

Konfabulation (14)

Depressive Neurosen

keine

Für die vergleichende Gegenüberstellung verschiedener Diagnosegruppen wollen wir an die Ergebnisse erinnern, die die Mittelwertsbestimmung der Symptome erbracht haben (Abschnitt 5.3.2.1.1.; Tabelle 6). Dort sind mehrere Symptome zu finden, bei denen die Mittelwerte für zwei verschiedene Diagnosegruppen etwa gleich groß sind, mithin also kein eindeutiges Trennungskriterium darstellen.

Beim Vergleich der depressiven Neurosen und Psychosen verweisen wir auf die Symptome deprimiert/traurig (66), ambivalent (81) und affektarm (87), deren Mittelwerte sich bei beiden Diagnosegruppen ungefähr auf gleicher Höhe bewegen. Demgegenüber zeigt sich beim Vergleich der Folge der relativen Häufigkeiten in den Spalten der Tabelle monoton steigendes Verhalten bei depressiven Psychosen für die Symptome deprimiert/traurig (66) und antriebsarm (87), während für depressive Neurosen bei diesen Symptomen monoton fallendes oder regelloses Monotonieverhalten festzustellen ist. Beim Symptom ambivalent (81) ergibt sich demgegenüber monoton steigendes Verhalten für depressive Neurosen.

Für die Gegenüberstellung der Schizophrenien und der körperlich begründbaren Psychosen betrachten wir die Symptome umständlich (20) und mürrisch/gereizt (70). Beide Diagnosegruppen haben bei den in Frage stehenden Symptomen ungefähr gleich große Mittelwerte. Jedoch zeichnen sich die körperlich begründbaren Psychosen beim Symptom "umständlich", die Schizophrenien beim Symptom "mürrisch/gereizt" jeweils durch monoton steigende Häufigkeiten bei den Symptomausprägungen aus.

Beim Symptom "affektinkontinent" (84) ist die Folge der relativen Häufigkeiten monoton steigend für die Schizophrenien, beim Symptom "affektstarr" (85) monoton steigend für depressive Psychosen. Die Mittelwerte der genannten Diagnosegruppen haben sich für beide Diagnosegruppen kaum unterschieden.

Es wird somit deutlich, daß sich für einige Symptome, bei denen eine eindeutige Trennung der Diagnosegruppen mit Hilfe der Symptommittelwerte nicht möglich

gewesen ist, bei der Analyse der relativen Häufigkeiten der Diagnosegruppen Unterschiede herauskristallisieren. Bei anderen Symptomen hingegen bestätigt dieser Untersuchungsansatz lediglich die Ergebnisse der Symptommittelwertsberechnung.

Die vier verschiedenen Einzelschritte unserer Untersuchung zum Zusammenhang zwischen psychopathologischer Symptomatik und psychiatrischer Diagnose sind nun in ihren Resultaten dargestellt worden. Der folgende Abschnitt wird die klinische Plausibilität der Ergebnisse untersuchen.

Tabelle 7: Die relativen Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei den Symptomen (Gliederung nach Ausprägungsgraden)

		Diagnosegruppe (Anteil in Prozent)			
Symptome mit AMP-Nummerierung und Ausprägungsgrad		DPS	SCH	KBP	DNE
5 zeitlich desorientiert	1	21,0	25,8	24,2	1,6
	2	14,0	32,7	26,5	0,0
	3	0,0	11,8	64,7	0,0
6 örtlich desorientiert	1	9,1	36,4	27,3	0,0
	2	14,3	25,7	34,4	0,0
	3	0,0	13,8	65,5	0,0
7 situativ desorientiert	1	10,3	27,6	24,1	0,0
	2	5,6	35,2	37,0	0,0
	3	5,6	21,4	46,4	0,0
10 Auffassungsstörungen	1	28,2	21,8	9,6	6,9
	2	17,7	39,0	14,9	3,6
	3	15,2	28,3	34,8	0,0

Diagnosegruppe (Anteil in Prozent)

Symptome mit AMP-Nummerierung und Ausprägungsgrad		DPS	SCH	KBP	DNE
11 Konzentrations- störungen	1	26,3	22,0	5,2	11,0
	2	26,9	31,1	13,6	3,2
	3	19,4	38,8	16,5	3,9
12 Merkfähigkeits- störungen	1	36,8	20,3	8,6	5,5
	2	39,4	20,4	16,2	2,8
	3	20,0	21,5	30,8	4,6
13 Gedächtnis- störungen	1	34,2	19,7	9,4	6,8
	2	26,1	20,0	27,0	3,5
	3	22,8	19,3	26,3	3,5
14 Konfabulation	1	14,8	14,8	40,7	7,4
	2	12,0	24,0	28,0	0,0
	3	0,0	52,4	33,3	0,0
16 gehemmt	1	38,5	24,2	5,5	11,0
	2	32,7	37,8	7,1	7,1
	3	46,9	30,1	4,1	2,0
17 gesperrt	1	16,7	44,4	16,7	0,0
	2	22,9	62,9	2,9	2,9
	3	27,3	54,6	0,0	0,0
18 verlangsamt	1	32,6	19,0	10,4	6,8
	2	27,9	30,1	8,7	7,1
	3	40,4	19,2	17,3	5,8
19 eingeengt	1	38,0	19,9	7,6	8,2
	2	30,3	35,1	7,5	8,8
	3	39,1	32,8	6,3	3,1
20 umständlich	1	33,9	17,0	6,1	9,1
	2	23,1	30,6	11,6	5,8
	3	29,2	12,5	16,7	8,3
21 perseverierend	1	26,7	29,1	11,6	11,6
	2	41,4	27,8	16,7	16,7
	3	14,2	27,3	18,2	18,2
22 beschleunigt/ ideenflüchtig	1	20,0	35,7	8,6	8,6
	2	18,5	47,6	11,3	11,3
	3	4,3	53,2	4,3	4,3

		Diagnosegruppe (Anteil in Prozent)			
Symptome mit AMP-Nummerierung und Ausprägungsgrad		DPS	SCH	KBP	DNE
23 Vorbeireden	1	11,1	47,5	7,1	7,1
	2	7,7	59,3	15,4	15,4
	3	5,7	57,1	22,9	22,9
24 inkohärent	1	3,3	58,3	2,3	2,3
	2	5,6	65,7	12,0	0,9
	3	3,7	64,8	16,7	0,0
25 Gedankenabreißen	1	10,0	60,0	4,0	0,0
	2	6,8	70,5	6,8	0,0
	3	0,0	75,0	6,3	0,0
27 Hypochondrie (nicht wahnhaft)	1	38,3	6,7	1,7	10,0
	2	32,5	13,3	4,3	7,2
	3	29,7	10,8	2,7	13,5
39 Schuldwahn	1	45,5	36,4	4,6	0,0
	2	51,6	35,5	3,2	0,0
	3	44,4	50,0	0,0	0,0
40 hypochondrischer Wahn	1	22,2	33,9	44,4	0,0
	2	36,4	40,9	4,6	0,0
	3	16,7	75,0	0,0	0,0
41 Verarmungswahn	1	55,6	33,3	11,1	0,0
	2	66,7	20,0	13,3	0,0
	3	100,0	0,0	0,0	0,0
44 Beeinträchtigungs-/ Verfolgungswahn	1	17,7	51,6	8,1	1,6
	2	9,0	68,0	11,5	0,0
	3	7,3	78,2	5,5	0,0
48 Stimmenhören	1	14,3	60,7	14,3	0,0
	2	15,7	64,3	11,4	0,0
	3	2,5	70,0	17,5	2,5
54 Störungen der Ich-Identität	1	7,3	63,4	4,9	0,0
	2	13,5	63,5	3,9	3,9
	3	6,7	73,3	6,7	0,0
56 Autismus	1	11,1	50,8	3,2	12,7
	2	14,3	71,4	2,9	0,0
	3	6,3	93,8	0,0	0,0

		Diagnosegruppe (Anteil in Prozent)			
Symptome mit AMP-Nummerierung und Ausprägungsgrad		DPS	SCH	KBP	DNE
57 Gedankenausbreitung	1	0,0	100,0	0,0	0,0
	2	10,0	80,0	0,0	0,0
	3	0,0	80,0	10,0	0,0
58 Gedankenentzug	1	0,0	60,0	0,0	0,0
	2	0,0	91,7	0,0	0,0
	3	0,0	100,0	0,0	0,0
59 Gedankeneingebung	1	9,4	71,9	6,3	0,0
	2	0,0	85,7	0,0	0,0
	3	0,0	78,6	0,0	0,0
64 Gefühl der Gefühllosigkeit	1	57,1	7,1	7,1	10,7
	2	58,9	17,9	5,4	7,1
	3	72,7	4,6	4,6	9,1
65 Störung der Vitalgefühle	1	21,8	16,5	3,8	18,0
	2	47,2	14,7	4,4	13,5
	3	48,8	17,0	3,1	11,6
66 deprimiert/ traurig	1	16,0	23,6	5,2	12,3
	2	31,6	14,1	6,4	18,2
	3	46,0	15,7	4,3	16,8
69 gehoben/ euphorisch	1	6,5	36,4	14,3	3,9
	2	11,7	39,4	12,8	0,0
	3	5,6	75,0	2,8	0,0
70 mürrisch gereizt/ dysphorisch	1	12,6	29,9	7,8	14,4
	2	15,8	30,9	10,5	9,9
	3	12,8	38,3	8,5	8,5
81 ambivalent	1	20,4	33,7	2,0	9,2
	2	21,4	31,3	5,4	12,5
	3	18,6	37,2	7,0	20,9
82 affektiv inadäquat	1	6,3	47,8	8,1	2,7
	2	12,6	52,1	10,1	2,5
	3	11,8	60,8	3,9	0,0
84 affektinkontinent	1	14,9	11,4	9,1	11,4
	2	25,5	21,3	14,9	8,5
	3	13,0	39,1	17,4	4,4

Diagnosegruppe (Anteil in Prozent)

		DPS	SCH	KBP	DNE
Symptome mit AMP-Nummerierung und Ausprägungsgrad					
85 affektstarr	1	21,2	28,8	4,8	11,6
	2	26,7	46,8	10,3	5,5
	3	32,6	32,6	9,3	0,0
87 antriebsarm	1	18,2	17,8	5,0	20,1
	2	33,2	24,0	7,8	11,7
	3	40,2	20,7	5,8	11,5
88 antriebsgehemmt	1	24,1	16,1	5,8	16,1
	2	41,1	25,0	3,6	12,5
	3	44,2	21,2	3,9	7,7
89 stuporös	1	37,9	17,2	6,9	6,9
	2	20,0	60,0	10,0	0,0
	3	13,3	46,7	0,0	6,7
90 mutistisch	1	13,2	39,5	7,9	10,5
	2	16,7	56,7	10,0	3,3
	3	16,0	60,0	0,0	0,0
93 Parakinesen	1	10,3	44,8	6,9	6,9
	2	25,0	53,6	10,7	0,0
	3	12,5	37,9	18,8	0,0
94 negativistisch	1	10,4	39,4	8,3	14,6
	2	12,8	59,0	5,1	7,7
	3	33,3	41,7	0,0	8,3
95 maniert	1	1,7	62,7	1,7	5,1
	2	10,0	62,3	6,7	0,0
	3	7,9	61,5	7,7	0,0
96 Sprachzerfall/ Neologismen	1	6,3	68,8	12,5	0,0
	2	0,0	66,7	10,7	0,0
	3	0,0	75,0	25,0	0,0
97 logorrhöisch	1	17,5	32,5	5,0	8,8
	2	18,5	43,2	4,9	2,5
	3	9,7	51,6	9,7	0,0
99 abends besser	1	57,6	10,1	1,0	13,1
	2	58,1	10,1	4,7	11,6
	3	58,3	12,5	0,0	16,7

		Diagnosegruppe (Anteil in Prozent)			
Symptome mit AMP-Nummerierung und Ausprägungsgrad		DPS	SCH	KBP	DNE
106 Mangel an Krankheitsgefühl	1	7,1	32,9	7,1	4,3
	2	12,3	36,2	17,4	5,1
	3	7,2	59,8	9,3	3,1
107 Mangel an Krankheitseinsicht	1	18,6	23,0	8,0	7,0
	2	15,3	36,2	10,9	6,1
	3	7,7	56,1	9,7	3,7

Abkürzungen:

DPS = Depressive Psychosen

SCH = Schizophrenien

KBP = Körperlich begründbare Psychosen

DNE = Depressive Neurosen

5.4. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse der Einzeluntersuchungen

5.4.0. Vorbemerkungen

Die Ergebnisse unserer Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen psychopathologischer Symptomatik und psychiatrischer Diagnose sind beschrieben worden. Nunmehr soll versucht werden, die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungsschritte nochmals zusammenzufassen und zu diskutieren.

Speziell werden wir uns mit der Frage befassen, inwieweit die Ergebnisse unserer Einzeluntersuchungen mit den Erfahrungen der klinischen Praxis in Einklang stehen. Ergeben sich dabei Schwierigkeiten, so soll für die abweichenden Resultate ein Erklärungsversuch unternommen werden. Grundlage sind jedoch die Aussagen der psychiatrischen Symptomen- und Krankheitslehre. Daneben erscheint es wichtig zu beurteilen, wie hoch das Auflösungsvermögen der einzelnen Untersuchungsverfahren im Hinblick auf die optimale Trennung von Diagnosen zu bewerten ist. Reicht die Beschreibung über die Mittelwertsprofile von Syndromen (Summe von Symptomausprägungen) und Symptomen aus, oder liefert die Analyse der relativen Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei den Symptomen und Syndromen bessere Ergebnisse? Die Beantwortung dieser Fragen geht ein in die zusammenfassende Diskussion des 6. Kapitels, in dem unsere Untersuchungsergebnisse mit den Überlegungen Kendells in Zusammenhang gebracht werden.

Verschiedene Beiträge zur Diskussion der Ergebnisse der Einzeluntersuchungen sind bereits in Abschnitt 5.3. zu finden. Die Ausführungen dieses Abschnittes stellen dann nur eine Zusammenfassung und Ergänzung dar.

5.4.1. Zusammenhang zwischen Syndromen und Diagnosegruppen

5.4.1.1. Die Mittelwertsprofile der Syndrome für verschiedene Diagnosegruppen

Wir beziehen uns im folgenden auf die Ausführungen des Abschnitts 5.3.1.1., die die Mittelwertsprofile der Syndrome für verschiedene Diagnosegruppen beschreiben und erläutern.

Die Ergebnisse könnten zunächst zu der Folgerung Anlaß geben, daß die depressiven Neurosen zu den depressiven Psychosen in gleicher Relation wie die körperlich begründbaren Psychosen zu den Schizophrenien stehen. Die jeweils erstgenannten Diagnosegruppen scheinen nur eine quantitativ abgeschwächte Variante der letztgenannten zu sein. Eine Ausnahme bilden die Ergebnisse beim Gehemmt-depressiven Syndrom S 8 und beim Psychoorganischen Syndrom S 10.

Wollten wir diese einfache quantitative Beziehung zwischen depressiven Neurosen und depressiven Psychosen in Anlehnung an andere Autoren auch akzeptieren, so ist es uns jedoch unmöglich und zu allen Erfahrungen der psychiatrischen Krankheitslehre im

Widerspruch stehend, dieses auch für das Verhältnis von körperlich begründbaren Psychosen und Schizophrenien nachzuvollziehen. Später wird die Analyse der Symptom-Diagnose-Beziehungen zeigen, daß es für die körperlich begründbaren Psychosen durchaus qualitative Merkmale in Form bestimmter psychopathologischer Symptome gibt.

Die Relation der Syndrommittelwerte für Schizophrenien und depressive Psychosen erscheint uns, was das Verhältnis größer-kleiner betrifft, klinisch plausibel zu sein. Die geringen Unterschiede der Syndrommittelwerte beim Katatonen Syndrom S 7 und beim Psychoorganischen Syndrom S 10 führen wir auf die Symptomzusammensetzung dieser Syndrome zurück. So enthält das Katatone Syndrom S 7 mit "Nahrungsablehnung" (18), "ißt nicht selbständig" (119), "unvollständige Körperpflege" (120), "läßt unter sich" (121), "bettlägerig" (122) und "affektstarr" (85) Symptome, die in ihrem psychopathologischen Gehalt recht allgemeine Bedeutung haben und als unspezifisch anzusprechen sind. Durch die Aufsummierung der Ausprägungen dieser Symptome kommt es zu einer Nivellierung der Syndrommittelwerte. Das Psychoorganische Syndrom S 10 beinhaltet Symptome, die für Schizophrenien und depressive Psychosen nur am Rande von Bedeutung sind und die deshalb wenig zur Trennung beider Diagnosegruppen beitragen können (Orientierungsstörungen, Störungen der mnestischen Funktionen).

Festzuhalten bleibt, daß die Unterscheidung verschiedener Diagnosegruppen über Syndrommittelwertsprofile nur unscharf gelingt. Die Ergebnisse scheinen klinischen Erfahrungen teilweise zu widersprechen, teilweise sie nur vergrößert wiederzugeben.

5.4.1.2. Verteilung der Diagnosegruppen für verschiedene Syndrome

Wie der Abschnitt 5.4.1.1. gezeigt hat, kann das Trennungsvermögen der Syndrommittelwerte bezüglich der Unterscheidung von Diagnosegruppen nicht befriedigen. Greifen wir als Beispiel das Apathische Syndrom S 1 heraus, so erkennen wir beim Vergleich zwischen depressiven Neurosen und Psychosen einen quantitativen Unterschied bei den Syndrommittelwerten, sie betragen 3,62 zu 1,88. Solch ein Unterschied könnte einerseits dadurch zustande kommen, daß alle Patienten mit depressiver Psychose eben genau den Syndrommittelwert 3,62 haben, und alle Patienten mit depressiver Neurose eben genau den Syndrommittelwert 1,88, andererseits aber auch dadurch, daß jeweils einigen Patienten mit geringer Syndromausprägung einige mit starker Syndromausprägung gegenüberstehen. Tatsächlich können wir, wie in Abschnitt 5.3.1.2.1. und im Diagramm 3 dargestellt, feststellen, daß die Folge der relativen Häufigkeiten in den Syndromklassen beim Apathischen Syndrom S 1 monoton steigend für depressive Psychosen, aber monoton fallend für depressive Neurosen ist. Dies bedeutet, daß bei starker Syndromausprägung die Diagnose "depressive Psychose" mit größerer Häufigkeit vergeben worden ist als die Diagnose "depressive Neurose"; bei geringer Syndromausprägung (Syndromklasse I) liegt der relative Anteil der depressiven Psychosen etwa in Höhe ihres relativen Anteils am Gesamtpatientengut, der der depressiven Neurosen (15,0 %) etwa beim Doppelten ihres Anteils am Gesamtpatientengut (8 %). Daraus folgern wir, daß das Apathische Syndrom in der Ausprägungskategorie I keine entscheidende Rolle für die Vergabe der Diagnose "depressive Psychose" gespielt hat.

Bei anderen Syndromen und Diagnosegruppen liegen die Verhältnisse ähnlich. Wie die Tabelle 4 zeigt, ergeben sich für die betrachteten Diagnosegruppen relativ spezifische Gesetzmäßigkeiten für das Monotonieverhalten der Folge der relativen Häufigkeiten in den Syndromklassen. Die klinische Plausibilität dieser Daten scheint insgesamt unmittelbar einsichtig zu sein.

Bei aller Vorsicht, die geboten ist, da wir nicht genau wissen, wie sich psychopathologische Merkmale beim Vorgang der Diagnosefindung gegenseitig ergänzen und beeinflussen, glauben wir doch feststellen zu können, daß das Verfahren, die relativen Häufigkeiten von Diagnosegruppen bei verschiedenen Syndromausprägungen zu analysieren, eine wesentlich größere Aussagekraft für die Beantwortung der Frage, welche psychopathologischen Kriterien in der Diagnostik eine Rolle spielen, besitzt als der Untersuchungsansatz über die Mittelwertsprofile der Syndrome. Wir werden jedoch zeigen, daß unsere Resultate zum Zusammenhang zwischen Symptomen und Diagnose von noch höherem Wert für die Unterscheidung von diagnostischen Gruppen sind.

5.4.2. Zusammenhang zwischen Symptomen und Diagnosegruppen

5.4.2.1. Mittelwertsprofile der Symptome für verschiedene Diagnosegruppen

Wir diskutieren nun die Ergebnisse, die die Bestimmung der Mittelwerte der Symptome für verschiedene Diagnose-

gruppen erbracht hat. Nacheinander sollen depressive Neurosen und Psychosen, körperlich begründbare Psychosen und Schizophrenien sowie depressive Psychosen und Schizophrenien verglichen werden und die klinische Plausibilität der Ergebnisse bewertet werden. Um im Zusammenhang mit den vorangehenden Ausführungen inhaltlich größere Kontinuität zu erzielen, unterziehen wir nur jene Symptome einer genaueren Betrachtung, die bereits in Abschnitt 5.3.2.1. diskutiert worden sind.

Daß Schuldwahn (39) und Hypochondrischer Wahn (40) bei depressiven Neurosen im Gegensatz zu den depressiven Psychosen nicht feststellbar ist, erscheint nach den Erfahrungswerten der psychiatrischen Krankheitslehre nicht überraschend. Auch die wesentlich höheren Mittelwerte der depressiven Psychosen für den Verarmungswahn (41) und das "Gefühl der Gefühllosigkeit" (64) erscheinen klinisch plausibel. Symptome wie "deprimiert/traurig" (66) und "antriebsarm" (87), deren pathognomischer Wert relativ gering ist, sind natürlicherweise zur Trennung von Diagnosegruppen nur bedingt geeignet; die etwa gleich großen Mittelwerte für depressive Neurosen und Psychosen sind daher zu erwarten.

Wenn wir uns dem Vergleich Schizophrenien-körperlich begründbare Psychosen zuwenden, so sind die Untersuchungsergebnisse bei der Symptomgruppe der Orientierungs-, Aufmerksamkeits- und mnestischen Störungen von besonderem klinischen Interesse. Tatsächlich zeigen die Symptome entsprechenden psychopathologischen Inhaltes bei körperlich begründbaren Psychosen deutlich höhere Mittelwerte als bei den Schizophrenien. Sie bilden auch die Hauptkomponenten des Psychoorgani-

schen Syndroms S 10, bei dem der Syndrommittelwert für die körperlich begründbaren Psychosen demzufolge den der Schizophrenien übertreffen muß. Den Erwartungen des Klinikers entspricht desweiteren die Tatsache, daß Symptome wie gesperrt (17), Gedankenabreißen (30), Störung der Ich-Identität (54), Autismus (56), Gedankenausbreitung (57), Gedankenentzug (58), Gedankenein-
gebung (59), affektiv inadäquat (82), mutistisch (90) und negativistisch (94) bei Schizophrenien mindestens zweimal so hohe Mittelwerte aufweisen wie bei den körperlich begründbaren Psychosen.

Eine umfassende Aufschlüsselung des Vergleichs zwischen Schizophrenien und depressiven Psychosen ist in Abschnitt 5.3.2.1.1. zu finden. Die dort aufgeführten Ergebnisse erscheinen nach klinischen Gesichtspunkten vernünftig und bedürfen keiner eingehenderen Erläuterung.

Trotz aller sichtbaren Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen werden bei dem Verfahren, Symptommittelwerte miteinander zu vergleichen, Symptome erkennbar, deren Spezifität für die Vergabe einer bestimmten Diagnose ungeklärt bleibt. Wir werden zeigen, daß der Ansatz, Häufigkeitsverteilungen von Diagnosegruppen bei bestimmten Symptomen miteinander zu vergleichen, bei diesen Symptomen detailliertere Aussagen ermöglicht. Bemerkenswert ist aber, daß schon die Betrachtung der Symptommittelwerte andeutet, welche wichtige Rolle einzelne Symptome in der psychiatrischen Diagnostik spielen.

5.4.2.2. Verteilung der Diagnosegruppen bei den Symptomen

Bei der Bestimmung der Symptommittelwerte der diagnostischen Gruppen hat sich gezeigt, daß dieses Verfahren bei einer Anzahl von Symptomen eine befriedigende Trennung der Diagnosegruppen ermöglicht, bei anderen jedoch indifferente Ergebnisse liefert. Diese Symptome sollen nun einer näheren Betrachtung unterzogen werden, indem analysiert wird, wie sich die relativen Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei den Ausprägungen dieser Symptome darstellen.

Vorab soll jedoch für eine Reihe von Resultaten, deren klinische Plausibilität zumindest auf den ersten Blick nicht einleuchtend ist, ein Erklärungsversuch unternommen werden. Monoton steigendes Verhalten der Folge der relativen Häufigkeiten bei den Symptomausprägungen bedeutet, daß die betreffende Diagnosegruppe mit steigender Ausprägung des Symptoms einen größeren relativen Anteil in der Diagnoseverteilung zugewiesen bekommt. Die Untersuchungsergebnisse für folgende Symptome erfordern deshalb nach unserer Meinung eine besondere Erläuterung: Gesperret (17) und negativistisch (94) bei den depressiven Psychosen, Konfabulation (14) und affektinkontinent (84) bei den Schizophrenien, Parakinesen (93) bei den körperlich begründbaren Psychosen sowie ambivalent (81) bei den depressiven Neurosen. In den genannten Fällen ist jeweils ein monotones Ansteigen der relativen Anteile vorhanden.

Das Symptom "gesperret" (17), das an und für sich schizophrene Zustandsbilder mitkennzeichnet, ist

teilweise bedeutungsüberlappend mit dem Symptom "gehemmt" (16) verwendet worden, einem Symptom, das eher ein Charakteristikum depressiver Psychosen darstellt.

"Negativistisch" (94) soll die krankheitsbedingte Passivität und die hartnäckig aufrechterhaltene Rückzugstendenz des an einer Depression Erkrankten beschreiben. Zusätzlich scheint in die Interpretation der Bedeutung dieses Symptoms die Erfahrung einzugehen, daß solche Kranke häufig die ärztliche Behandlung ablehnen.

Schizophrenien zeichnen sich in vielen Fällen durch das Auftreten bizarrer Wahninhalte aus. Es erscheint denkbar, daß diese durch die Ärzte der Klinik in einigen Fällen als "Konfabulation" (14) gedeutet worden sind.

Der oft als sprunghaft sich darstellende Affektwechsel Schizophrener kann vom Untersucher als Affektinkontinenz gesehen werden und bildet den Erklärungsansatz für den Umstand, daß bei dem AMP-Symptom entsprechenden Inhaltes (84) die Häufigkeit der Diagnose Schizophrenie mit steigender Ausprägung zunimmt.

Das Symptom "Parakinesen" (93) scheint als differentialdiagnostisches Merkmal eher ungeeignet, weil die eindeutige Unterscheidung zwischen krankheitsbedingten und medikamentenbedingten Bewegungen (z.B. Spätdyskinesien) oftmals nicht möglich ist.

Der Begriff "ambivalent" (81) beinhaltet im weiteren Sinne die Vorstellung, daß Erlebnisqualitäten unter-

schiedlichster Art bei einem Patienten beziehungs- und konfliktlos nebeneinander bestehen. Bei depressiven Neurosen hat das Vorhandensein des Symptoms die Bedeutung, daß die betreffenden Patienten von gegeneinanderstrebenden Gefühlstendenzen beherrscht werden.

Für die übrigen in Abschnitt 5.3.2.2.1. dargestellten Resultate nehmen wir eine gute Übereinstimmung mit den Prinzipien der psychiatrischen Krankheits- und Symptomenlehre an.

Zwei Folgerungen aus den Ergebnissen dieser Teiluntersuchung erscheinen uns bemerkenswert. Zum einen wird deutlich, daß es zwei Möglichkeiten gibt, daß sich ein Symptom als spezifisch für eine bestimmte Diagnosegruppe erweist. Entweder ist die Folge der relativen Anteile der Diagnosegruppe bei einem Symptom monoton steigend bei steigender Ausprägung des Symptoms, oder die Diagnosegruppe erreicht in allen Symptomausprägungen einen Anteil, der wesentlich über ihrem relativen Anteil am Gesamtpatientengut liegt. Zum anderen stellt sich heraus, daß die Bestimmung der relativen Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei verschiedenen Symptomausprägungen eine durch die anderen Untersuchungsverfahren nicht erreichte Differenzierung zwischen den Diagnosegruppen ermöglicht und somit im Rahmen unserer Untersuchung als der fruchtbarste Ansatz angesprochen werden muß. Diese Feststellung stützt sich auf die in Abschnitt 5.3.2.2.1. ausführlich beschriebenen Ergebnisse bei jenen Symptomen, bei denen das Verfahren der Mittelwertsbestimmung kaum Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen hat erkennen lassen.

Mit relativ einfachen deskriptiv-statistischen Mitteln hat unsere Untersuchung eine bemerkenswerte Trennung verschiedener Diagnosegruppen auf der Grundlage psychopathologischer Daten nachvollziehen können. Dieses Faktum muß in die Diskussion von Kendells Thesen zur psychiatrischen Diagnostik eingebracht werden.

Sechstes Kapitel

Diskussion der Ergebnisse

Wenn einem Patienten aus der Gesamtheit der für ihn in Frage kommenden Krankheiten eine ganz bestimmte Krankheit zugeordnet wird, so bezeichnet man diesen Entscheidungsprozeß ebenso wie die dann getroffene Entscheidung als Diagnose. Die zweifache Bedeutung des Begriffes "Diagnose" und die Tatsache, daß, wie Kendell anmerkt, psychiatrische Krankheiten meist mit Hilfe klinischer Symptome beschrieben würden, sich aber durch weitgehende Abwesenheit pathognomischer Symptome auszeichneten (24), machen die Existenz unterschiedlicher Vorstellungen über die klinischen Inhalte psychiatrischer Diagnosen und die differierenden Ergebnisse der empirischen Untersuchungen über psychiatrische Diagnosen erklärlich.

Kendell befaßt sich nun in theoretischen Überlegungen und praktischen Untersuchungen immer wieder mit der Frage, ob die heute gebräuchlichen Diagnosen der Psychiatrie als sogenannte "Krankheitseinheiten" anzusehen sind, und wie der Nachweis einer solchen Krankheitseinheit geführt werden kann. Krankheitseinheiten im Sinne Virchows sind "veränderte Teile des Körpers", bei denen typische pathologisch-anatomische Veränderungen nachgewiesen werden können (53); im Sinne Kraepelins sind es für den Bereich der Geisteskrankheiten Krankheiten mit derselben bestimmten Ursache, derselben psychologischen Grundform, demselben Verlauf und demselben Hirnbefund (32). Nach Kräupl-Taylor darf man von einer Krank-

heitseinheit sprechen, wenn die Zusammengehörigkeit von klinischen Symptomen, endopathologischen Manifestationen und exogenen Faktoren nachgewiesen ist (34).

Die Entdeckung einer qualitativen neurophysiologischen, biochemischen oder genetischen Anomalie ist auch für Kendell eine Möglichkeit, eine diskrete klinische Einheit in der Psychiatrie nachzuweisen; die andere, die er theoretisch darstellt und in seinen Untersuchungen zur psychiatrischen Diagnostik immer wieder praktisch verwendet, ist der Nachweis einer sogenannten "Diskontinuität" auf Symptomebene (22, 23, 26, 41). Kendell ist mit dem von ihm vertretenen Verfahren der Diskriminanzanalyse in der Lage, für jeden Patienten auf der Grundlage seiner psychopathologischen Symptomatik einen Diskriminanzscore zu errechnen, der als Kriterium der Klassifikation für die Krankheit des Patienten verwendet wird (das genaue methodische Vorgehen bei diesem Verfahren soll an späterer Stelle nochmals kurz erläutert werden). Werden die Scores einer Gruppe von Patienten linear gegen die numerischen Häufigkeiten der einzelnen Scores aufgetragen, so kann die entstehende Verteilung eine Diskontinuität in Form eines Häufigkeitsminimums aufweisen, die zwei Häufigkeitsmaxima voneinander trennt. Ist dieser Fall gegeben, darf dies als starker Hinweis auf das Vorliegen von zwei verschiedenen Krankheitseinheiten gewertet werden. Es wird bei jeder Untersuchung vorausgesetzt, daß eine Eichstichprobe von Patienten aus den verschiedenen diagnostischen Klassen zur Verfügung steht.

Die Suche nach psychiatrischen Krankheitseinheiten mit der genannten Methode ist bis jetzt erfolglos

verlaufen (29). Ist damit aber gleichzeitig der Nachweis erbracht, daß das gegenwärtig gebräuchliche nosologische System der Psychiatrie wirklich keine Krankheitseinheiten kennt, oder liegt der Mißerfolg vielleicht darin begründet, daß das von Kendell vertretene Verfahren der Diskriminanzanalyse schon von seinen theoretischen Voraussetzungen her nicht dazu geeignet ist, Entscheidungen über die Existenz von Krankheitseinheiten zu liefern oder eine aussagekräftige Klassifikation psychiatrischer Krankheiten zu ermöglichen?

In den Ausführungen von Carnap, Stegmüller und Hempel wird dargestellt, daß es neben durch unmittelbare Beobachtung erschließbaren Eigenschaften auch Eigenschaften gibt, die nicht unmittelbar wahrnehmbar sind. Für den Bereich von Psychologie und Psychopathologie spielen in diesem Zusammenhang vor allem die theoretischen Begriffe eine große Rolle. Für ihre vollständige bedeutungsmäßige Erfassung und Durchdringung sind nicht nur Beobachtungen von entscheidender Bedeutung, sondern auch das hinter ihnen stehende theoretische Konzept. Beobachtungen erlauben bestenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit Aussagen über die Zugehörigkeit gegebener Fakten zu einem Begriff (8, 9, 18, 48, 49).

Kendell läßt für die Klassifizierung psychiatrischer Krankheiten durch operationale Verfahren die Verwendung von Merkmalen zu, die "durch Test erhalten" oder "durch bloße Beobachtung erschließbar" sind. Das Vorkommen von Dispositions- und theoretischen Begriffen in der Psychiatrie wird nicht in Erwägung gezogen. Auch ist keine implizite Verwendung dieser Begriffe erkennbar. Deshalb muß unterstellt werden, daß damit von vornherein die Möglichkeit verbaut wird, viele

der für die Psychiatrie relevanten psychopathologischen Symptome angemessen einzuführen. Kendell muß sich den Vorwurf gefallen lassen, das Spektrum der Begriffe, das für den Aufbau und das Betreiben einer Wissenschaft notwendig ist, in unzulässiger Weise einzuengen und auf vordergründig Beobachtbares zu reduzieren.

Der Arzt beurteilt bei einem Patienten nicht nur das Vorhandensein bestimmter Symptome, sondern er versucht auch, die Krankheit des Patienten diagnostisch einzuordnen. Wie werden nun psychiatrische Krankheiten mit dem Verfahren der Diskriminanzanalyse klassifiziert?

Es stehen psychopathologische Daten einer Eichstichprobe von Patienten aus den verschiedenen diagnostischen Klassen zur Verfügung. Aus der Liste der möglichen Symptome wird auf mathematisch-statistischem Wege unter Einbeziehung der psychopathologischen Daten eine Teilmenge von Items (Symptomen) ausgewählt. Für diese Items werden Ladungen berechnet. Die Ladungen gehen in verschiedene lineare mathematische Operationen ein, die es ermöglichen, für alle Patienten, für die bei den fraglichen Symptomen der Ausprägungsgrad festgelegt worden ist, einen Diskriminanzscore zu errechnen, der als Kriterium für die Klassifikation der Krankheit dient.

Zwei Gesichtspunkte sind entscheidend bei der Auswahl jener Symptome, die den Betrag des Diskriminanzscores beeinflussen. Zum einen sollen grundsätzlich nur solche Symptome verwendet werden, welche durch die Verwendung klar definierter Anwendungsregeln als "semantisch" bezeichnet werden können. Wird ein Symptom dieser Forderung nicht gerecht, so sollte es nach Kendells

Empfehlungen von vorneherein nicht berücksichtigt werden. Zum anderen werden die in die Berechnung des Diskriminanzscores eingehenden Symptome nach dem Kriterium ausgewählt, daß sie sich bei der Diskriminanzanalyse als gute Diskriminatoren erweisen (vgl. Abschnitte 4.1.2.3. und 4.1.3.1.).

Wir gehen davon aus, daß nicht nur die meisten der für die Psychiatrie relevanten psychopathologischen Symptome, sondern vor allem auch die überlieferten Diagnosen der Psychiatrie den Charakter theoretischer Begriffe haben. Für diese gilt, daß ihr Bedeutungsgehalt durch Beobachtungen und Tests nicht hinreichend wiedergegeben werden kann. Für die Symptome ist eine Präzisierung der Entscheidungskriterien über ihr Vorliegen notwendig, um die Reliabilität der getroffenen Aussagen zu erhöhen. Die Formulierung der Entscheidungskriterien geschieht vor dem Hintergrund des Bedeutungsgehaltes der Symptome selbst als auch des nosologischen Systems der Psychiatrie. Die klinische Plausibilität des Zusammenhangs zwischen diesem theoretischen Konzept und den Entscheidungskriterien muß unbedingt gewährleistet sein. Operationale Verfahren zur Bestimmung von Diagnosen in der Psychiatrie müssen sich analog am theoretischen Konzept der in Frage stehenden Diagnosen orientieren. Dieses muß gleichfalls durch klinische Erfahrungen abgesichert sein. Es beinhaltet einerseits Vorstellungen über die Art der Symptome, die für die diagnostische Entscheidung benötigt werden, andererseits ist es Grundlage der Rechtfertigung der operationalen Verfahren, die Aussagen über die An- und Abwesenheit der Diagnosen liefern. Der Abschnitt 4.2.3. konkretisiert diese Ausführungen, indem er am Beispiel des Begriffes der Schizophrenie aufzeigt, inwieweit eine psychiatrische

Diagnose als theoretischer Begriff zu charakterisieren ist.

Kendells Sprechweise von der "semantischen" Definition der Symptome müssen wir als Synonym für den Begriff der operationalen Definition werten, wobei wir annehmen, daß die von ihm als operationale Methode zur Symptombestimmung verwendeten Tests und Beobachtungen nicht mit dem Bewußtsein eingeführt und festgelegt werden, daß ihr Hintergrund durch die theoretischen Prinzipien der fraglichen Symptome gebildet wird. Es bleibt unklar, was mit "semantisch" gemeint ist. Darüber hinaus müssen wir anmerken, daß Symptome als theoretische Begriffe nicht durch Tests und Beobachtungen definiert werden können, sondern diese geben nur mit verschiedenem Verbindlichkeitsgrad Kriterien für das Vorliegen eines Symptoms an.

Bei einem operationalen Verfahren zur Festlegung von Diagnosen halten wir es für unverzichtbar, daß der theoretische Gehalt der zugrundeliegenden psychopathologischen Begriffe und ihre Struktur in das Verfahren eingehen. Wir sehen diese Forderung bei der Verwendung der Diskriminanzanalyse in der psychiatrischen Diagnostik nicht erfüllt. Die Auswahl der Items (Symptome), die in die Berechnung des als Klassifikationsmerkmal verwendeten Diskriminanzscores eingehen, wird auf rein formal-mathematischem Wege bestimmt, nicht aber aus dem in Frage stehenden psychiatrischen Klassifikationssystem abgeleitet. Auch die von Kendell geforderte Vorauswahl der Symptome unter dem Kriterium der möglichst hohen Reliabilität schließt leider wichtige psychopathologische Symptome, die im wesentlichen auf Grund psychiatrischen Sachverstandes erschlossen werden (Beurteilungen des Denkens, der Affektivität und der

Psychomotorik), durch eine formalistische Forderung aus. Ebenso wird in keiner Weise die Verbindung zwischen den rechnerischen Operationen zur Bestimmung des Diskriminanzscores mit der theoretischen Struktur der diagnostischen Klassen hergestellt. Es ist nicht zu erkennen, an welcher Stelle in die rechnerischen Operationen klinische Erfahrungen eingehen.

Als Folgerung ergibt sich, daß wir die klinische Bedeutung des resultierenden Diskriminanzscores nicht ausmachen können und unterstellen müssen, daß Kendell ihm ungerechtfertigt klinische Bedeutung zumißt. Es ist undenkbar, daß ein Psychiater unter alleiniger Berücksichtigung des Diskriminanzscores Entscheidungen bezüglich der Therapie und Prognose der Krankheit einzelner Patienten trifft.

Die überlieferten Diagnosen der Psychiatrie lassen sich nach Kendell mit dem Verfahren der Diskriminanzanalyse nicht als diskrete Einheiten identifizieren. Diese Tatsache kann zwei mögliche Folgerungen für weitere Überlegungen und Untersuchungen zur psychiatrischen Diagnostik nach sich ziehen.

Entweder führt das Vertrauen in das Diagnoseverfahren dazu, die nicht als diskrete Einheiten nachweisbaren Diagnosen aufzugeben und nicht mehr zu verwenden, oder aber führt das Vertrauen in die Begriffe dazu, den Mißerfolg dem Untersuchungsverfahren anzulasten und zu prüfen, ob dessen Zusammenhang mit dem vorausgesetzten theoretischen Hintergrund Tauglichkeit für die Verwendung in der psychiatrischen Diagnostik erkennen läßt.

Kendell gibt weder die überlieferten diagnostischen Kategorien der Psychiatrie auf - zur Durchführung der Diskriminanzanalyse kann er sie nicht aufgeben - noch hält er es für notwendig, den Nachweis zu führen, daß das operationale Verfahren der Diskriminanzanalyse für Zwecke der psychiatrischen Diagnostik geeignet ist.

Kendell stellt die Notwendigkeit einer Klassifikation psychiatrischer Krankheiten nicht in Frage. Er stellt fest, daß die diagnostischen Klassen des gegenwärtig gebräuchlichen nosologischen Systems der Psychiatrie als empirische Klassen zu charakterisieren seien, und begründet dies damit, daß ihre definierenden Merkmale als polythetisch und unexakt bezeichnet werden müssen. Damit ist gemeint, daß sie nicht durch ein einzelnes notwendiges Attribut definiert werden, sondern durch die Anwesenheit einiger oder der meisten einer Menge von Attributen, von denen kein einziges für die Klassenzugehörigkeit unabdingbar ist, und daß die definierenden Merkmale quantitativ variieren und nicht nur einfach vorhanden oder nicht vorhanden sind. Die Validität dieser psychiatrischen Diagnosen sei fragwürdig. Validität beurteilt Kendell unter dem Gesichtspunkt der Brauchbarkeit, deren Kriterien wiederum verlässliche Angaben über prognostische Aussagekraft der Diagnosen und damit verbundene therapeutische Reaktivität der zugrundeliegenden Krankheiten sind.

Für Kendell geht es nun in erster Linie darum, die Reliabilität der psychiatrischen Diagnosen zu erhöhen, weil dadurch eine Verbesserung der Validität der Diagnosen erwartet werden könne. Er fordert deshalb, das Diagnoseverfahren in der Psychiatrie zu operationalisieren. Als theoretischen Leitsatz übernimmt er ein Postulat des Physikers Bridgman: "Die operationale Definition eines

wissenschaftlichen Begriffes ist eine Übereinkunft des Inhalts, daß S auf alle die Fälle - und nur auf die Fälle - anzuwenden ist, bei denen die Durchführung der Testoperation T das spezielle Resultat O ergibt." (6) Das Resultat O, dessen Vorhandensein die Diagnose S ermöglicht, muß "objektiv" und "intersubjektiv verifizierbar" sein; es sollte nicht nur intuitiv vom Untersucher erfaßt werden. Für die zu verwendenden Symptome müssen diskrete Trennungspunkte zwischen An- und Abwesenheit festgelegt werden. Die verschiedenen Symptome A, B, C, D, E etc. müssen algebraisch zu einem monothetischen Kriterium O verwandelt werden, um über die Diagnose S entscheiden zu können. Zur Bestimmung der Einzelsymptome werden Selbstbefragungsbögen, Beurteilungsskalen und (semi-) strukturierte Interviews empfohlen; das klassische unstrukturierte Interview wird wegen mangelnder Reliabilität abgelehnt.

Aus den Zusammenhängen der Gedankenführung in Kendells Buch "Die Diagnose in der Psychiatrie" (25-28) kann geschlossen werden, daß die Diskriminanzanalyse als geeignetes mathematisches Verfahren ansieht, um ein diagnostisches System auf seine Korrektheit zu überprüfen und es zu verbessern. Sie besteht in der Hauptsache aus linearen mathematischen Operationen, für welche für uns nicht zu erkennen ist, wie Kendell ihre Anwendung auf psychiatrische Sachverhalte rechtfertigt.

Die Diskriminanzanalyse stellt also die oben erwähnte Testoperation T für die Entscheidung über An- oder Abwesenheit einer Diagnose dar; der Diskriminanzscore steht für das Resultat O, von dessen Ausprägung die Vergabe der Diagnose S abhängt. Die algebraische Umwandlung der psychopathologischen Symptome A, B, C,

D, E etc. in das Resultat O geschieht mit einer arithmetischen Operation. Auf die näheren Umstände der Erhebung der psychopathologischen Einzelsymptome sind wir bereits an früherer Stelle eingegangen, insbesondere was die Problematik der sogenannten "semantischen" Definition der Symptome und die Symptomauswahl unter dem Kriterium der Reliabilität betrifft.

Die vorliegende Arbeit erörtert Probleme der psychiatrischen Diagnostik. Es sollen Fragen des Zusammenhanges zwischen psychopathologischem Befund und Diagnose sowie Möglichkeiten der Abgrenzung psychiatrischer Diagnosen gegeneinander erörtert werden, daneben aber auch klinische und wissenschaftstheoretische Voraussetzungen der psychiatrischen Diagnostik diskutiert werden. Anhand einer empirischen Untersuchung soll der Versuch unternommen werden, den bereits dargelegten Ansichten Kendells zu diesem Fragenkomplex nicht nur theoretisch erschlossene Argumente entgegenzusetzen, sondern diese Argumente mit einem Datenbestand aus der klinischen Praxis zu untermauern.

Der Untersuchung liegen psychopathologische Daten von 1652 Patienten zugrunde, die im Jahre 1976 stationär in der Psychiatrischen Universitätsklinik München behandelt wurden. In die Untersuchung wurden 1652 Beobachtungsperioden einbezogen. Die von den Ärzten der Klinik nach dem ICD-8 (55) verschlüsselten Hauptdiagnosen der Patienten wurden für die Untersuchung in neun verschiedene diagnostische Gruppen eingeteilt. Der psychopathologische Befund der Patienten wurde bei Klinikaufnahme und -entlassung mit Hilfe des AMP-Systems dokumentiert, wobei sich unsere Untersuchung allerdings nur mit den Aufnahmebefunden der Patienten befaßt (2).

Durch Aufsummierung der im AMP-Beleg festgehaltenen Symptomausprägungen konnten für jeden einzelnen Patienten Syndromscores für die von Baumann auf fakto-renanalytischem Wege bestimmten AMP-Syndrome ermittelt werden (4).

Die Daten der AMP-Belege mit den psychopathologischen Befunden der Patienten wurden unter Zugrundelegung deskriptiv-statistischer Verfahren unter Berücksichtigung der ICD-Diagnosen ausgewertet. Die dabei im einzelnen zur Anwendung gekommenen Verfahren stellen sich wie folgt dar:

Es wird sowohl der Symptom-Diagnose-Zusammenhang als auch der Syndrom-Diagnose-Zusammenhang untersucht. Beide Beziehungen werden jeweils anhand zweier verschiedener Untersuchungsverfahren dargestellt.

- a) Die Diagnosegruppen werden auf Ebene der Symptome und Syndrome miteinander verglichen. Die Symptom- und Syndromprofile verschiedener Diagnosegruppen werden bestimmt. Beurteilungsgrundlage sind die Symptom- und Syndrommittelwerte.
- b) Die Symptome und Syndrome werden bezüglich ihrer Wertigkeit für die einzelnen Diagnosegruppen untersucht. Die relative Verteilung der Diagnosegruppen für verschiedene Symptome und Syndrome wird ermittelt.

Sollten sich die Diagnosegruppen bezüglich der Symptome und Syndrome in eindeutiger Weise unterscheiden, so erscheint die Existenz einer Abbildung plausibel, die Symptome und Syndrome einer bestimmten Diagnosegruppe zuordnet. Der diagnostische Entscheidungsprozeß

der Ärzte hätte sich dann an psychopathologischen Kriterien orientiert.

Die Ergebnisse der Untersuchung werden speziell unter dem Aspekt des Vergleichs der folgenden Paare von Diagnosegruppen betrachtet: Schizophrenien und depressive Psychosen, Schizophrenien und körperlich begründbare Psychosen sowie depressive Psychosen und depressive Neurosen.

Die Untersuchung konnte aufzeigen, daß die diagnostischen Entscheidungen der Ärzte durchaus durch psychopathologische Merkmale bestimmt worden sind. Sowohl depressive Psychosen und depressive Neurosen als auch Schizophrenien und depressive Psychosen sowie Schizophrenien und körperlich begründbare Psychosen können voneinander abgegrenzt werden. Symptome und Syndrome können im Regelfall zwar nichteindeutig, so aber doch deutlich bestimmten Diagnosegruppen zugeordnet werden.

Der Vergleich der Mittelwerte der Diagnosegruppen bei den Syndromen erlaubt eine nur unscharfe Trennung der Diagnosegruppen.

Die Bestimmung der relativen Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei den Syndromen vermag, bei spezieller Betrachtung der Verteilungsverhältnisse bei den verschiedenen Syndromausprägungen und deren Gesetzmäßigkeiten, bereits eine wesentlich bessere Trennung der Diagnosegruppen zu liefern.

Der Vergleich der Mittelwerte der Diagnosegruppen für die Symptome verdeutlicht die Bedeutung einzelner psychopathologischer Symptome für die Vergabe einer bestimmten Diagnose. Als Beispiel für diese Feststellung

sei angeführt, daß Schuldwahn und hypochondrischer Wahn bei den depressiven Neurosen im Gegensatz zu den depressiven Psychosen nicht anzutreffen war (Symptommittelwert 0,00).

Die Bestimmung der relativen Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei den nach Ausprägung gegliederten Symptomen ermöglicht eine durch die anderen Untersuchungsansätze nicht erreichte Differenzierung zwischen den Diagnosegruppen.

Die Ergebnisse der Untersuchungen stehen in Einklang mit klinischen Erfahrungen; sollten auf den ersten Blick Widersprüchlichkeiten offenbar werden, so können diese Ergebnisse doch unter Zuhilfenahme von Vorstellungsinhalten der psychiatrischen Symptomen- und Krankheitslehre erklärt werden.

Bemerkenswert ist, daß die Analyse der relativen Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei Syndromen und Symptomen im Hinblick auf unser Untersuchungsziel deutlichere Ergebnisse liefert als die Bestimmung der Symptom- und Syndrommittelwerte, daß daneben aber auch die Untersuchungen zum Symptom-Diagnose-Zusammenhang sich als insgesamt ergiebiger erweisen als die Untersuchungen zum Syndrom-Diagnose-Zusammenhang. Wir werden auf diesen Umstand später nochmals zu sprechen kommen.

Die Aussagekraft unseres Datenmaterials wird unserer Meinung nach durch einige Einflußgrößen, die bei der Datenerhebung und -auswertung eine Rolle gespielt haben, beeinträchtigt.

- a) Die psychopathologischen Befunde und die Diagnosen wurden auf den Stationen der Klinik erhoben bzw. erstellt. So nehmen der unterschiedliche Ausbildungs- und Erfahrungsgrad und die verschiedenartigen Einstellungen der Ärzte zum Stellenwert und zur Bedeutung psychiatrischer Diagnosen auf unsere Untersuchungsdaten Einfluß.
- b) Die inhaltliche Übereinstimmung der AMP-Daten mit der Krankenakte wurde nicht überprüft.
- c) Bei der Definition unserer diagnostischen Gruppen wurden relativ heterogene klinische Bilder zu Großgruppen zusammengefaßt. Dieses Vorgehen ist anfechtbar. So befinden sich in der Gruppe der depressiven Psychosen neben rein depressiven auch zylothyme Krankheitsbilder sowie Zustände mit manisch-depressiver Mischsymptomatik. Unter den Schizophrenien befinden sich etwa ein Drittel schizoaffektive Psychosen, die neben den für Schizophrenien typischen Symptomen auch Symptome depressiver und manischer Psychosen aufweisen. Dies alles führt zu Problemen bei der Untersuchung der Querschnittsymptomatik dieser Großgruppen.

Dem sei nun das methodische Vorgehen Kendells bei seinen 1970 veröffentlichten Untersuchungen über die Unterscheidung von psychotischen und neurotischen Depressionen sowie affektiven Psychosen und Schizophrenien gegenübergestellt (22, 23). Diese Untersuchungen versuchten mit Hilfe der Diskriminanzanalyse die angeführten diagnostischen Klassen als Krankheitseinheiten zu identifizieren, wobei Daten benutzt wurden, die anlässlich des US/UK Diagnostic Project erhoben worden waren (11). Beide Untersuchungen erstreckten sich auf stationär aufgenommene Patienten je einer Klinik im Raum London und im Raum New York.

Der psychopathologische Befund wurde mit Hilfe der standardisierten PSE-Skala erhoben und durch ein semi-standardisiertes Interview zur Vorgeschichte der Patienten ergänzt. Die Diagnose wurde - alleine auf Basis dieser Informationsquellen - von sechs amerikanischen und britischen Psychiatern, die gemeinsam unterwiesen worden waren und in häufigem gegenseitigem Austausch standen, nach dem ICD-8 erstellt.

Wir merken an, daß die untersuchte Patientengruppe von der Herkunft her als heterogen zu bezeichnen ist (britische und amerikanische Patienten), und daß die diagnostizierenden Ärzte aus zwei verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen diagnostischen Gepflogenheiten stammten. Wir stellen fest, daß psychopathologischer Befund und Diagnose nicht durch ein- und dieselbe Person erhoben bzw. gestellt worden sind. Den Arbeiten ist nicht zu entnehmen, ob ein Team oder ein Psychiater allein die Diagnosen erstellte, und ob die Befunde während einer einzigen Sitzung erhoben wurden. Offenbar haben Krankenblatteintragungen beim Diagnoseprozeß eine geringe Rolle gespielt.

Die mit diesen Umständen verbundenen methodischen Probleme werden bei Kendell an keiner Stelle diskutiert, obwohl wir davon ausgehen dürfen, daß seine Daten mit den gleichen methodischen Mängeln behaftet sind wie die unseren. Wir betrachten es als Vorteil unseres Datenmaterials, daß die Erstellung des psychopathologischen Befundes und der Diagnose in der Regel von einem Arzt stammen, daß die Patienten den diagnostizierenden Ärzten persönlich bekannt waren, und daß die Daten einer Klinik entstammen, deren diagnostische Gepflogenheiten uns bekannt sind, und deren Kenntnis wir bei der Interpretation der Untersuchungsergebnisse berücksichtigen können.

Unter diesen Voraussetzungen haben Kendells Untersuchungen keinen Hinweis darauf erbracht, daß depressive Neurosen, affektive Psychosen und Schizophrenien diskrete Krankheitseinheiten darstellen. Im Unterschied dazu zeigt unsere Untersuchung deutlich, daß diese Diagnosen differenziert nach psychopathologischen Merkmalen vergeben worden sind.

Auf welche Ursachen sind diese unterschiedlichen Ergebnisse zurückzuführen? Kendell verwendet in seinen Untersuchungen rechnerisch aus Elementarsymptomen abgeleitete Größen (die Diskriminanzscores) als Entscheidungskriterium für die Existenz von diskreten Einheiten in der Psychiatrie. Für diese Größen ist nach unserer Meinung keine psychopathologische Bedeutung zu erkennen, da für das zu ihrer Bestimmung verwendete rechnerische Verfahren der Diskriminanzanalyse keine klinischen Sachverhalte zur Erklärung und Rechtfertigung herangezogen werden. Deshalb müssen auch die Folgerungen, die sich aus den Ergebnissen der Untersuchungen über statistische Verteilungen dieser Größen ergeben und die die Frage nach den klinischen Einheiten beantworten sollen, als nicht stichhaltig bezeichnet werden.

Wenn wir behaupten, in unseren Untersuchungen deutliche Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen im Hinblick auf die Psychopathologie gefunden zu haben, beziehen wir uns mit dieser Aussage vor allem auf die Analysen der relativen Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei den Symptomen. Dieser Untersuchungsansatz ist als deskriptive Methode anzusehen und beleuchtet die elementaren Bausteine des nosologischen Systems der Psychiatrie, die psychopathologischen Symptome. Unmittelbar in der klinischen Praxis getroffene Entscheidungen werden auf

diese Weise nicht durch irgendwelche unerklärten mathematischen Operationen verändert oder modifiziert. Dieses Argument muß auch bei der Interpretation der Tatsache berücksichtigt werden, daß unsere Untersuchungen zum Symptom-Diagnose-Zusammenhang bezüglich der Trennung der Diagnosegruppen deutlichere Ergebnisse geliefert haben als die Untersuchungen zum Syndrom-Diagnose-Zusammenhang. Die Bestimmung der AMP-Syndrome ist auf faktorenanalytischem Wege geschehen und somit mit dem Nachteil behaftet, daß unmittelbar klinische Daten und Entscheidungen durch rechnerische Operationen überlagert worden sind, die für psychiatrische Sachverhalte nicht erklärt sind. Damit ist gemeint, daß zwar die numerischen Operationen klar und überschaubar sind, daß aber das, was mit dem Gehalt der klinischen Daten geschieht, unklar und undurchschaubar ist.

Unsere Untersuchung hatte sich nicht das Ziel gesteckt, Krankheitseinheiten in der Psychiatrie nachzuweisen. Die Charakterisierung der psychiatrischen Diagnosen als theoretische Begriffe im Sinne von "Zustands- Verlaufs-Einheiten" läßt es nicht zu, die zu ganz bestimmten Zeitpunkten erhobenen psychopathologischen Befunde, welche als Momentaufnahmen des Krankheitsprozesses zu sehen sind, zum Entscheidungskriterium für die Existenz von Krankheitseinheiten zu machen. Dieses Eingeständnis der beschränkten Verwendbarkeit von Querschnittsbefunden für nosologische Fragestellungen haben wir bei Kendell nicht gefunden. Man kann sogar weitergehen und sagen, daß Kendells Untersuchungen zwar einige Schwierigkeiten der psychiatrischen Diagnostik aufzeigen, aber seine Ergebnisse zur Klärung von Fragen der psychiatrischen Nosologie nichts beitragen.

Aus der vorliegenden Untersuchung können einige Folgerungen abgeleitet werden, die beim methodischen Vorgehen bei weiteren Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Psychopathologie und psychiatrischer Diagnose beachtet werden sollten. Zum ersten sollten nur mehr Daten jener Patienten in die Untersuchungen einbezogen werden, deren Erkrankung schon seit längerer Zeit (etwa 3 Jahre erscheinen als angemessen) andauert. Erstaufnahmen oder Erstbefunde sollten für sich alleine nicht mehr berücksichtigt werden. Sinn dieser Maßnahme ist es, die Unsicherheit der diagnostischen Zuordnung für sich im Anfangsstadium befindliche psychiatrische Krankheiten durch die Kenntnis des Krankheitsverlaufes zu vermindern und damit zu erreichen, daß eine Untersuchung über Unterschiede zwischen Diagnosen nicht durch Praxis der Befunderhebung bei klinisch nicht oder noch nicht ausdifferenzierten Krankheitsbildern in ihren Ergebnissen beeinträchtigt wird. Zum zweiten sollten Unklarheiten über den Bedeutungsgehalt und die Verwendung jener Symptome, für die unsere Untersuchung Ergebnisse mit nicht unmittelbar einsehbarer klinischer Plausibilität erbracht hat, dadurch beseitigt werden, daß die diagnostizierenden Ärzte in Trainingsseminaren ihre diagnostischen Gepflogenheiten aneinander angleichen, daß bei Befunderhebung und -niederlegung in der Krankenakte ein Mindestmaß an einheitlichem Vorgehen sichergestellt wird, und daß die naive Anwendung der Definitionen der Begleitmanuale für die üblichen Befunderhebungssysteme zurückgedrängt wird zugunsten einer Orientierung an der Darstellung klinischer Sachverhalte in den Standardlehrbüchern der Psychiatrie. Schließlich erscheint es unbedingt erforderlich, daß AMP-Befund und Krankenakte eines bestimmten Patienten auf inhaltliche Übereinstimmung überprüft werden, um ein eventuelles Abweichen des AMP-Befundes nach Abwägung und

Prüfung der Umstände korrigieren zu können. Damit soll sichergestellt werden, daß die im Befundsystem als anwesend markierten Merkmale durch entsprechende Klartexteintragungen in den Krankenakten bestätigt werden.

1969 äußert Kendell im Hinblick auf neurotische und psychotische Depressionen: "We would do better to abandon our two either/or categories and instead to identify each patient by means of a diagnostic score. ...The classification we use now must be that which is best suited to the data in our possession, and the concept of a psychotic/neurotic continuum, though it hardly does justice to the great wealth of clinical variation embraced by depressive illnesses, does less violence to the facts than any simple alternative."
(21)

1975 stellt er fest, daß "Kliniker wahrscheinlich weiterhin aus ... historischen und praktischen Gründen die Kategorien bevorzugen, während diejenigen, deren Interesse vorwiegend auf der Art der Beziehung zwischen den verschiedenen Syndromen und zwischen Krankheit und Normalität gerichtet ist, weiterhin eher die dimensionale Betrachtungsweise wählen werden." (28)

1980 verwendet er in einer Untersuchung zur klinischen Unterscheidung zwischen neurotischen und psychotischen Depressionen die Diskriminanzanalyse als Diagnoseverfahren (29).

1983 werden die schon bekannten diskriminanzanalytischen Untersuchungen zum Unterschied zwischen neurotischen und psychotischen Depressionen (23) sowie affektiven Psychosen und Schizophrenien (22) wiederum als erfolglose Versuche dargestellt, Krankheitseinheiten in

der Psychiatrie nachzuweisen. Der Mißerfolg der Untersuchungen bezüglich dieser Absicht wird nicht dem verwendeten Verfahren angelastet, ja es wird sogar das "Diskontinuitätskriterium" erneut in seiner Gültigkeit bestätigt. Darüber hinaus äußert Kendell: "Despite the considerable theoretical attractions it is unlikely that psychiatry will adopt a demensional classification for ordinary clinical purposes in the foreseeable future. Old traditions die hard, and few psychiatrists are sufficiently numerate to handle algebraic relationships between multiple dimensions with any confidence." (31)

Die Kontinuität der Ansichten Kendells ist offensichtlich. Bis heute hat Kendell sich nicht vom Verfahren der Diskriminanzanalyse in seiner Verwendung bei diagnostischen Untersuchungen in der Psychiatrie distanziert oder zumindest den Versuch unternommen, seine Anwendung auf psychiatrische Sachverhalte stichhaltig zu rechtfertigen. Bis heute ist er der Meinung, daß die "dimensionale Klassifikation" allein auf Grund praktischer Erwägungen sich nicht in der klinischen Praxis durchgesetzt hat. Wir schließen aus all dem, daß Kendell weiterhin zu den Ansichten steht, gegen die sich unsere Kritik richtet. In den neueren Veröffentlichungen Kendells erkennbare graduelle Abweichungen von früheren Auffassungen, etwa denen im Buch "Die Diagnose in der Psychiatrie" (25-28) geäußerten, deren Betrachtung Hauptgegenstand dieser Arbeit gewesen ist, vermögen an dieser Feststellung nichts zu ändern.

Wie in der Einleitung bereits ausgeführt, existiert in den USA seit dem Jahre 1980 mit dem DSM-III (1) ein Klassifikationssystem psychiatrischer Krankhei-

ten, welches operationale Regeln für psychiatrische Diagnosen angibt, während in den meisten anderen Staaten zur Zeit das ICD-9 Gültigkeit hat, welches als deskriptives nosologisches System anzusprechen ist (56).

Kendell bewertet die Tatsache der Einführung des DSM-III positiv. "It is true that some of the novel diagnostic categories it introduces rest on very fragile empirical basis and that some familiar terms, like schizophrenia, are defined in ways which may prove unwise, but Spitzer and his colleagues at least provided psychiatry with a base from which to advance." (31) Er äußert die Hoffnung, daß wesentliche Bestandteile des DSM-III in die nächste Fassung der internationalen Klassifikation, das ICD-10, eingebracht werden.

Dennoch sollte Kendell bei dieser Bewertung klar gewesen sein, daß DSM-III, im Gegensatz zu dem von ihm vertretenen diskriminanzanalytischen Ansatz, die diagnostische Entscheidung nicht auf Operationen aufbaut, deren Rechtfertigung für die Anwendung auf psychiatrische Sachverhalte noch nicht erbracht worden ist, sondern ein Regelsystem beinhaltet, das mehr oder minder unmittelbar aus klinischen Erfahrungen abgeleitet ist und seinen theoretischen Hintergrund in der psychiatrischen Krankheitslehre findet.

Ist Kendells positive Einstellung gegenüber DSM-III etwa als verstecktes Einverständnis zu werten, daß sich seine eigenen diagnostischen Ansätze, besonders was die Verwendung mathematisch-statistischer Verfahren betrifft, wegen grundsätzlicher Mängel nicht haben durchsetzen können?

Die tatsächliche Entwicklung der psychiatrischen Diagnostik hat jedenfalls einen anderen Verlauf genommen, als er Kendell vorschwebte.

Siebtes Kapitel

Zusammenfassung

Das Interesse an diagnostischen Fragestellungen in der Psychiatrie hat sich in den letzten Jahren neu belebt. Besondere Beachtung wird der 3. Fassung des "Diagnostic and Statistical Manual of Disorders" (DSM-III) entgegengebracht, da mit seiner Einführung in den Vereinigten Staaten erstmals ein Klassifikationssystem weitere Verbreitung gefunden hat, das operationale Regeln für die psychiatrischen Diagnosen angibt (1). Frühere Versuche mit dieser Zielsetzung (Diagnose von Spitzer, Catego von Wing, die diskriminanzanalytischen Untersuchungsansätze Overall und Kendells) sind über ein enges Anwendungsgebiet in der psychiatrischen Forschung nicht hinausgekommen (46, 54, 37, 24).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Zusammenhängen zwischen psychopathologischer Symptomatik und psychiatrischer Diagnose. Sie untersucht die psychiatrische Diagnostik im Hinblick auf deren wissenschaftstheoretische und klinische Voraussetzungen. Sie diskutiert, wie psychiatrische Diagnosen unter Berücksichtigung des psychopathologischen Befundes festgelegt werden, und fragt, nach welchen Kriterien die Verfahren zur gegenseitigen Abgrenzung psychiatrischer Diagnosen zu beurteilen sind. Im Lichte dieser Probleme setzt sie sich mit den Thesen Kendells zu verschiedenen Aspekten der psychiatrischen Diagnostik auseinander, wobei die statistische Analyse eigener Daten über den Zusammenhang zwischen psychopathologischer Symptomatik und psychiatrischer Diagnose in die Untersuchung eingeht.

Von zentraler Bedeutung für die Diskussion dieser Fragen ist die Klärung des Bedeutungsgehaltes der Begriffe der "Krankheit", der "Diagnose" und der "Krankheitseinheit". In der Literaturübersicht werden verschiedene Definitionsversuche dieser Begriffe angeführt.

Anhand der Ausführungen Kräupl-Taylors und Kendells (24, 31, 33, 34) werden die Positionen von Virchow, Scadding und Kräupl-Taylor zum Begriff der Krankheit aufgezeigt (51, 52, 53, 45).

Der Begriff der Diagnose wird unter verschiedenen Aspekten anhand der Ausführungen Zubins erläutert (57, 58). Zum Begriff der Krankheitseinheit stellen wir die Definitionsvorschläge Virchows, Kraepelins und ausführlich Kräupl-Taylors dar (53, 32, 34), wobei bei letzterem die Gemeinsamkeiten mit den Ausführungen Kendells besonders herausgestellt werden.

Bei der Darstellung der Thesen Kendells zur Diagnostik in der Psychiatrie beziehen wir uns im wesentlichen auf sein 1975 veröffentlichtes Buch "The Role of Diagnosis in Psychiatry" (24). Kendell stellt nicht die Notwendigkeit einer Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten in Frage, aber er bezweifelt die Gültigkeit des überlieferten diagnostischen Systems. Er betont, daß die meisten psychiatrischen Krankheiten zur Zeit mit Hilfe ihrer klinischen Symptome beschrieben würden, sich aber gleichzeitig durch Abwesenheit pathognomischer Symptome auszeichneten. So seien die definierenden Merkmale der psychiatrischen Erkrankungen sowohl polythetisch als auch unexakt. Diese beiden Eigenschaften stellten Kennzeichen empirischer Klassen dar. Bei den diagnostischen Klassen der Psy-

chirurgie handele es sich ebenfalls um empirische Klassen. Ihre Reliabilität und Validität sei nicht befriedigend. Optimierung der Reliabilität im diagnostischen Entscheidungsprozeß bilde die Voraussetzung für die Verbesserung der Validität der Diagnosen. Validität müsse unter dem Aspekt der Brauchbarkeit gesehen werden, als deren Kriterien Kendell wiederum therapeutische Reaktivität und prognostische Aussagekraft versteht. Davon ausgehend fordert Kendell eine Operationalisierung der psychiatrischen Diagnose. Nur so sei höchstmögliche Reliabilität sicherzustellen. Die Gedankenführung in Kendells Buch legt den Schluß nahe, daß er das Verfahren der Diskriminanzanalyse als adäquat betrachtet, um ein diagnostisches System auf seine Korrektheit zu überprüfen und es zu verbessern. Das Verfahren ermöglicht es, für jeden Patienten einen Diskriminanzscore zu errechnen. Die in die Berechnung des Scores eingehenden Symptome sollen auf Grund von Beobachtungen und Tests, für die exakte Anwendungsregeln zu fordern sind, erhoben werden. Kendell scheint der Meinung zu sein, daß der mit Hilfe der Diskriminanzanalyse errechnete Score dazu dienen kann, von den Symptomen des Patienten zu einer Diagnose zu kommen, wenngleich er die Möglichkeit, die Diskriminanzanalyse in der algorithmischen Diagnostik mit Hilfe des Computers zu verwenden, eher zurückhaltend beurteilt. Er läßt aber dieses Verfahren zu als Mittel, die gebräuchlichen diagnostischen Klassen der Psychiatrie als Krankheitseinheiten zu bestätigen oder zu widerlegen. Ein Analyseverfahren, das psychopathologische Symptome verwendet, sei für dieses Vorhaben besonders geeignet, weil die meisten psychiatrischen Krankheiten durch Symptome beschrieben werden. Betrachtet man die Diskriminanzscores einer Gruppe von Patienten nach der numerischen Häufigkeit ihres Vorkommens, so sollte sich

im Falle zweier voneinander abgrenzbarer Krankheitseinheiten eine Diskontinuität in Form eines Häufigkeitsminimums ergeben. Für jede Untersuchung muß eine Eichstichprobe von Patienten aus den verschiedenen diagnostischen Klassen zur Verfügung stehen.

Es ist bisher nicht gelungen, mit dem Verfahren der Diskriminanzanalyse eine der gebräuchlichen diagnostischen Klassen der Psychiatrie als Krankheitseinheit zu identifizieren. Kendell äußert Skepsis, daß ein derartiger Nachweis jemals möglich sein wird.

Die Ausführungen Carnaps, Hempels und Stegmüllers (8, 9, 18, 48, 49) über den Charakter von Dispositions- und theoretischen Begriffen beleuchten die Schwierigkeiten, die bei der Anwendung der von Kendell für die Zwecke der psychiatrischen Diagnostik vertretenen operationalen Verfahren entstehen. Dispositions- und theoretische Begriffe beschreiben keine unmittelbar wahrnehmbaren Eigenschaften oder Beziehungen. Dies gilt aber auch für die meisten Begriffe aus dem Bereich der Psychologie und der Psychopathologie. Für ihre vollständige bedeutungsmäßige Erfassung spielen nicht nur Beobachtungen eine entscheidende Rolle, sondern auch Kenntnis des hinter den Begriffen stehenden theoretischen Konzepts ist unabdingbar. Durch Beobachtung erschließbare Kriterien erlauben bestenfalls mit hoher Wahrscheinlichkeit Aussagen über die Zugehörigkeit gegebener Fakten zu einem Begriff.

Wir haben zu zeigen versucht, daß sowohl psychopathologische Symptome als auch psychiatrische Diagnosen in der Regel als theoretische Begriffe zu charakterisieren sind. Operationale Verfahren zur Bestimmung der Symptome

und zur Klassifizierung psychiatrischer Krankheiten müssen der Forderung genügen, sich am theoretischen Konzept der in Frage stehenden Begriffe zu orientieren, welches wiederum durch die klinische Erfahrung abgesichert sein muß. In diesem Sinne sind psychiatrische Krankheiten als "Zustands-Verlaufs-Einheiten" zu interpretieren, die dadurch gekennzeichnet sind, daß sich psychopathologische Symptome entlang der Dimension Zeit aneinanderreihen und erst vor dem Hintergrund der psychiatrischen Krankheitslehre strukturiert und zusammengefaßt werden.

Unsere Argumentation bei der Kritik an den Thesen Kendells zur psychiatrischen Diagnostik wird gestützt durch eine eigene deskriptiv-statistische Untersuchung über den Zusammenhang zwischen psychopathologischer Symptomatik und psychiatrischer Diagnose. Methodik und Ergebnisse sollen kurz dargestellt werden.

Es liegen der Untersuchung psychopathologische Daten von 1652 im Jahre 1976 stationär an der Psychiatrischen Universitätsklinik München behandelten Patienten zugrunde. Für jeden Patienten stand ein Datensatz mit der vierstelligen ICD-Diagnose (55) und dem mit Hilfe des AMP-Systems (2) dokumentierten psychopathologischen Aufnahmebefundes zur Verfügung. Die verschiedenen ICD-Diagnosen wurden zu neun diagnostischen Gruppen (Manien, depressive Psychosen, Schizophrenien, körperlich begründbare Psychosen, andere Psychosen, Alkoholismus/Sucht, depressive Neurosen, andere Neurosen, andere Diagnosen) zusammengefaßt. Für die Diagnosegruppen wurden die Mittelwerte bei AMP-Symptomen und AMP-Syndromen (4) errechnet sowie die relative Häufigkeit der Diagnosegruppen bei den

nach Ausprägungsgrad aufgeschlüsselten Symptomen und Syndromen analysiert.

Die Untersuchung zeigte, wie psychopathologische Krankheitsmerkmale die diagnostische Entscheidung der Ärzte bestimmt haben. Symptome und Syndrome konnten im Regelfall zwar nicht eindeutig, so aber doch deutlich einzelnen Diagnosegruppen zugeordnet werden. Insbesondere die Untersuchung der relativen Häufigkeiten der Diagnosegruppen bei den Symptomen ermöglicht durch Betrachtung der Gesetzmäßigkeiten der Verteilungsverhältnisse bei verschiedenen Ausprägungen eine gute Differenzierung der Diagnosegruppen, sowohl zwischen depressiven Psychosen und Schizophrenien als auch zwischen psychotischen und neurotischen Depressionen. Die Ergebnisse der Untersuchung stehen im Einklang mit klinischen Erfahrungen.

Unter Berücksichtigung unserer Ausführungen über theoretische Begriffe und der Ergebnisse unserer Untersuchung fassen wir nun kurz die Kritik an Kendells Ansichten zusammen.

Durch die Tatsache, daß Kendell das Vorkommen von theoretischen Begriffen im Bereich der Psychiatrie weder in Erwägung zieht noch implizit verwendet, verbaut er von vorneherein die Möglichkeit, viele der für die Psychiatrie relevanten psychopathologischen Symptome einzuführen. Das Spektrum der Begriffe wird in unzulässiger Weise auf vordergründig Beobachtbares reduziert.

Kendell unterläßt es zu erläutern, wie in das Verfahren der Diskriminanzanalyse der theoretische Gehalt der zu-

grundlegenden psychopathologischen und diagnostischen Begriffe eingeht. Es wird weder eine Verbindung zwischen mathematischen Operationen und der theoretischen Struktur der diagnostischen Klassen hergestellt noch wird die Auswahl der in die Klassifikation eingehenden psychopathologischen Symptome durch die psychiatrische Krankheitslehre gerechtfertigt. Das Eingehen klinischen Wissens in das rechnerische Verfahren der Klassifikation ist nicht zu erkennen. Deshalb ist für uns auch die klinische Bedeutung des als Kriterium für die Klassifikation verwendeten Diskriminanzscores nicht ersichtlich.

Kendell kann mit dem Verfahren der Diskriminanzanalyse keine diskreten Krankheitseinheiten in der Psychiatrie nachweisen. Konsequenterweise sollte er bei weiteren Untersuchungen entweder die nicht als diskrete Einheiten nachweisbaren Diagnosen aufgeben oder aber den Mißerfolg auch seinem Klassifikationsverfahren anlasten und dessen Tauglichkeit für die psychiatrische Diagnostik vom vorausgesetzten theoretischen Hintergrund ausgehend in Frage stellen. Wir stellen fest, daß Kendell keine der beiden Folgerungen zieht.

Kendells Versuche, psychiatrische Diagnosen als diskrete Einheiten nachzuweisen, scheitern, weil er als Entscheidungskriterium rechnerisch aus Elementarsymptomen abgeleitete Größen, die Diskriminanzscores, verwendet, und für das Verfahren zu deren Bestimmung keine klinischen Sachverhalte als Erklärung und Rechtfertigung heranzieht.

Unsere Untersuchung über den Symptom-Diagnose-Zusammenhang hat bezüglich des Ziels der Trennung der Diagnosegruppen deutlichere Ergebnisse geliefert als die Untersuchung zum Syndrom-Diagnose-Zusammenhang. Wir erklären

diesen Umstand damit, daß bei der faktorenanalytischen Bestimmung der AMP-Syndrome (4) unmittelbar klinische Sachverhalte und Entscheidungen durch unter klinischen Gesichtspunkten als unübersichtlich zu wertende rechnerische Operationen überlagert worden sind. Die deutliche Unterscheidung der Diagnosegruppen, die besonders unsere Untersuchung der relativen Häufigkeit der Diagnosegruppen bei den Symptomen erbracht hat, konnte durch den deskriptiven Charakter des Verfahrens unter Verwendung unmittelbar der klinischen Praxis entstammender Daten erzielt werden.

Von unseren Überlegungen und Untersuchungsergebnissen ausgehend zeigen wir für das methodische Vorgehen bei zukünftigen Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen psychopathologischer Symptomatik und psychiatrischer Diagnose einige Verbesserungsmöglichkeiten auf, die die Verwendbarkeit psychopathologischer Befunde unter Berücksichtigung des zeitlichen Verlaufes von psychiatrischen Krankheiten, Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung der Befunderhebung und die Harmonisierung von AMP-Befund und Eintragungen in die Krankenakte betreffen (6. Kapitel).

Wenn wir annehmen, daß psychiatrische Diagnosen den Charakter von theoretischen Begriffen im Sinne von Zustand-Verlaufs-Einheiten besitzen, können wir psychopathologische Querschnittsbefunde nicht als Entscheidungskriterium für die Existenz von Krankheitseinheiten anerkennen. Wir glauben, daß Kendells Untersuchungen somit keinen Beitrag zur Klärung nosologischer Fragestellungen liefern, sondern allenfalls auf

Schwierigkeiten der psychiatrischen Diagnostik hinweisen. Ein Eingeständnis einer derart beschränkten Verwendungsfähigkeit seiner Untersuchungsergebnisse ist bei Kendell nicht zu finden.

Wir verweisen darauf, daß die Ansichten Kendells zur Theorie und Praxis der psychiatrischen Diagnostik sich bis heute im wesentlichen nicht verändert haben, wie seine neuesten Arbeiten zeigen (29, 31). Daraus schließen wir, daß Kendell weiterhin zu den Ansichten steht, gegen die sich unsere Kritik richtet.

Abschließend kehren wir zu DSM-III (1) zurück und machen darauf aufmerksam, daß das dort angegebene Regelsystem zum Auffinden psychiatrischer Diagnosen seinen theoretischen Hintergrund in der psychiatrischen Krankheitslehre findet und aus klinischen Erfahrungen abgeleitet ist, sich aber nicht auf rechnerische Operationen stützt, die für psychiatrische Sachverhalte nicht erklärt sind. Wir sehen in der Tatsache, daß Kendell die Einführung des DSM-III begrüßt, ein verstecktes Eingeständnis, daß sich seine eigenen diagnostischen Ansätze unter Verwendung mathematisch-statistischer Verfahren wegen grundsätzlicher Mängel, vor allem in der Frage ihrer Rechtfertigung aus der psychiatrischen Krankheitslehre heraus, nicht durchgesetzt haben.

Achtes Kapitel

Literaturverzeichnis

- (1) American Psychiatric Association:
Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorders (Third Edition). American Psychiatric
Association.
Washington D.C. 1980

- (2) AMP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und
Dokumentation in der Psychiatrie):
Das AMP-Manual zur Dokumentation psychiatrischer
Befunde. 2. Auflage. Berlin-Heidelberg-New-York:
Springer 1972

- (3) Bannister, D., Salmon, P., Leiberman, D.M.:
Diagnosis-Treatment Relationships in Psychiatry.
A Statistical Analysis. British Journal of
Psychiatry 110, 726-732 (1964)

- (4) Baumann, U.:
Diagnostische Differenzierungsfähigkeit von
Psychopathologie-Skalen. Arch Psychiat.Nervenkr.
219, 89-103 (1974)

- (5) Ni Bhrolchain, M., Brown, G.W., Harris, T.O.:
Psychotic and neurotic depression: 2. clinical
characteristics. British Journal of Psychiatry
134, 94-107 (1979)

- (6) Bridgman, P.W.:
The Logic of Modern Physics. New York: Macmillan 1927
Deutsche Übersetzung: Die Logik der heutigen Physik.
München: Max Hueber 1932

- (7) Brockington, J.F., Hillier, V.F., Walker, J.:
The distinction between the affective psychoses
and schizophrenia. British Journal of
Psychiatry 135, 243-248 (1979)

- (8) Carnap, R.:
Testability and Meaning. In: Philosophy of
Science. Band 3 (1936) und Band 4 (1937).
Selbständig erschienen:
New Haven 1954

- (9) Carnap, R.:
The Methodological Character of Theoretical
Concepts.
In: Feigl, H., und Scriven, M. (1956)

- (10) Carney, M.W.P., Roth, M., Garside, R.F.:
The diagnosis of depressive syndromes and the
prediction of ECT response. British Journal of
Psychiatry 111, 659-674 (1965)

- (11) Cooper, J.E., Kendell, R.E., Gurland, B.J.,
Sharpe L., Copeland, J.R.M., Simon, R.:
Psychiatric Diagnosis in New York and London.
Maudsley Monograph No. 20.
London: Oxford University Press 1972

- (12) Everitt, B.S., Gurlay, A.J., Kendell, R.E.:
An attempt at validation of traditional
psychiatric syndromes by cluster analysis.
British Journal of Psychiatry 119, 399-412 (1971)

- (13) Everitt, B.S.:
Bimodality and the nature of depression.
British Journal of Psychiatry 138, 336-339 (1981)

- (14) Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B.,
Woodruff, R.A., Winokur, G., Munoz, R.:
Diagnostic criteria for use in psychiatric
research.
Archives of General Psychiatry 26, 57-63 (1972)
- (15) Fisher, R.A.:
The use of multiple measurements in taxonomic
problems.
Annals Eugenics 7, 179-184 (1936)
- (16) Fleiss, J.L.:
Classification of the depressive disorders by
numerical typology.
Journal of Psychiatric Research 9, 141-153
- (17) Hempel, C.G.:
Introduction to problems of taxonomy.
In: Field Studies in the Mental Disorders.
ed. Zubin. New York:
Grune and Stratton 1961 (3-22)
- (18) Hempel, C.G.:
Aspekte wissenschaftlicher Erklärung.
Original: Aspects of scientific explanation
and other essays in the philosophy of science.
Berlin, New York: De Gruyter 1977
- (19) Hobson, R.F.:
Prognostic factors in electric convulsive therapy.
Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry
16, 275-281 (1953)
- (20) Jaspers, K.:
Allgemeine Psychopathologie. 4. Auflage.
Berlin, Heidelberg 1946

- (21) Kendell, R.E.:
The continuum model of depressive illness.
Proceedings of the Royal Society of Medicine
62, 335-339 (1969)

- (22) Kendell, R.E., Gurlay, J.:
The clinical distinction between affective
psychoses and schizophrenia.
British Journal of Psychiatry 117, 261-266 (1970)

- (23) Kendell, R.E., Gurlay, J.:
The clinical distinction between psychotic and
neurotic depression.
British Journal of Psychiatry 117, 257-260 (1970)

- (24) Kendell, R.E.:
The Role of Diagnosis in Psychiatry.
Oxford: Blackwell Scientific Publications 1975

- (25) Kendell, R.E.:
Die Diagnose in der Psychiatrie 1-28.
Stuttgart: Enke 1978

- (26) Op. cit. 29-70

- (27) Op. cit. 71-106

- (28) Op. cit. 107-160

- (29) Kendell, R.E., Brockington, I.F.:
The identification of disease entities and the
relationship between schizophrenia and affective
psychoses.
British Journal of Psychiatry 137, 324-331 (1980)

- (30) Kendell, R.E.:
Uses and abuses of diagnosis. In: Dongier, M.,
Wittkower, E.D.: Divergent views in Psychiatry.
Hagerstown: Harper and Row 1981 (3-22)
- (31) Kendell, R.E.:
Diagnosis and classification. In: Kendell, R.E.,
Zealey, A.K.: Companion to Psychiatric Studies.
Third edition. Edinburgh: Churchill Livingstone
1983 (205-222)
- (32) Kraepelin, E.:
Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.
Leipzig: J.A. Barth 1899
- (33) Kräupl-Taylor, F.:
A logical analysis of the medico-psychological
concept of disease.
Psychological Medicine 1, 356-364 (1971)
and 2, 7-16 (1971)
- (34) Kräupl-Taylor, F.:
The medical model of the disease concept.
British Journal of Psychiatry 128, 588-594 (1976)
- (35) Menninger, K.:
The Vital Balance: The life process in mental
health and illness.
New York: Viking Press 1963
- (36) Nystrom, S.:
On relation between clinical factors and
efficiency of E.C.T. in depression.
Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl. 181 (1965)

- (37) Overall, J.E., Henry, B.W.:
Decisions about Drug Therapy - III. Selection
of Treatment of Psychiatric Inpatients.
Arch. Gen. Psychiatry 28, 81-89 (1973)
- (38) Overall, J.E.:
Major phenomenological sub-types in a general
psychiatric population.
Diseases of the Nervous System 32, 383-387 (1971)
- (39) Pongratz, L.:
Problemgeschichte der Psychologie.
Bern, München: Francke 1967
- (40) Post, F.:
The management and nature of depressive illnesses
in late life: a follow-through study.
British Journal of Psychiatry 121, 269-276 (1972)
- (41) Psychiatric Topics:
Etiological discontinuity between syndromes
might be uncovered with a "shotgun approach".
Vol. 2, Nr. 6, p. 2 (1981)
- (42) Rao, C.R.:
The utilisation of multiple measurements in
problems of biological classification.
Journal of the Royal Statistical Society
(Series B) 10, 159-193 (1948)
- (43) Roberts, J.M.:
Prognostic factors in the electroshock treatment
of depressive states.
Journal of Mental Science 105, 703-713 (1959)

- (44) Scadding, J.G.:
Meaning of diagnostic terms in broncho-pulmonary
disease.
British Medical Journal 2, 1425-1430 (1963)
- (45) Scadding, J.G.:
Diagnosis: The clinician and the computer.
Lancet, 2, 877-882 (1967)
- (46) Spitzer, R.L., Endicott, J.:
Diagno: A computer program for psychiatric
diagnosis utilising the differential
diagnostic procedure.
Archives of General Psychiatry 18, 746-756 (1968)
- (47) Spitzer, R.L., Endicott, J., Fleiss, J.L.,
Cohen, J.:
The psychiatric status schedule.
Archives of General Psychiatry 23, 41-55 (1970)
- (48) Stegmüller, W.:
Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie
und Analytischen Philosophie.
Bd. 1 Wissenschaftliche Erklärung und Begründung.
Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1969
- (49) Stegmüller, W.:
Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie
und Analytischen Philosophie.
Bd. 2 Theorie und Erfahrung.
Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1970
- (50) Szasz, T.:
The myth of mental illness.
New York: Hoeber-Harper 1961

- (51) Virchow, R.:
Über die Standpunkte in der wissenschaftlichen
Medizin.
Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie
und für klinische Medizin 1, 3-19 (1847)
- (52) Virchow, R.:
Die naturwissenschaftliche Methode und die Stand-
punkte in der Therapie.
Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie
und für klinische Medizin 2, 3-37 (1849)
- (53) Virchow, R.:
Hundert Jahre allgemeine Pathologie.
Berlin 1895
- (54) Wing, J.K., Cooper, J.E., Sartorius, N.:
The measurement and classification of psychiatric
symptoms.
Cambridge: Cambridge University Press 1974
- (55) World Health Organisation:
Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer
Krankheiten (International Classification of
Diseases ICD). 3. Auflage (8. Revision der ICD).
Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1973
- (56) World Health Organisation:
Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer
Krankheiten (International Classification of
Diseases ICD). 5. Auflage (9. Revision der ICD).
Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1979
- (57) Zubin, J.:
Classification of the Behaviour Disorders.
Annual Review of Psychology 18, 373-406 (1967)

- (58) Zubin, J.:
Research in Clinical Diagnosis. In: Wolman, B.B.:
Clinical Diagnosis of Mental Disorders.
New York and London: Plenum Press 1977

DANKSAGUNG
=====

Herrn Prof. Dr. med. H. Hippius danke ich für die wohlwollende Überlassung des Themas und für die Übernahme des Referats.

Besonders danken möchte ich Herrn Dr. med. A. Strauß für die intensive Betreuung der vorliegenden Arbeit, für die vielfältigen methodischen und inhaltlichen Anregungen und Ratschläge sowie nicht zuletzt für seine stete Bereitschaft zur Diskussion.

Herrn Dipl.-Math. J. Scherer danke ich für die statistische Beratung und Durchführung der rechnerunterstützten Datenauswertung.

L E B E N S L A U F

=====

Am 13. März 1956 wurde ich als Sohn des Lehrerehepaares Otto und Ilse Wastl in München geboren.

Nach dem Besuch der Volksschule von 1962 bis 1966 trat ich an das Josef-Hofmiller-Gymnasium in Freising über, wo ich im Sommer 1975 das Zeugnis der allgemeinen Hochschulreife erwerben konnte. Im Wintersemester 1975 immatrikulierte ich mich an der Ludwig-Maximilians-Universität München im Studienfach Medizin.

Dem erfolgreichen Abschluß des Studiums mit dem Bestehen der ärztlichen Prüfung im Frühjahr 1982 folgte im Juli desselben Jahres die Erteilung der Approbation als Arzt. Von Oktober 1982 bis Dezember 1983 absolvierte ich dann als Stabsarzt den Grundwehrdienst bei der Bundeswehr. Es schloß sich die Tätigkeit als Assistenzarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik München und am Bezirkskrankenhaus Haar bei München an, wo ich derzeit beschäftigt bin.

Seit dem 20.6.1980 bin ich verheiratet und habe einen Sohn.

Roland Wastl

